

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 92

DU  
SÉJOUR AU LIT DES ACCOUCHEES  
(ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE)

« Et l'on parle de dépopulation !... Travailler dans la mesure de ses forces, aux questions qui touchent à l'hygiène de la femme et à la préservation de l'organe gestateur, n'est-ce pas servir un des plus grands intérêts de la patrie ? »

THIROUX (Th. inaugurale, 1899).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 26 Avril 1907

PAR

François-Louis-Jean-Marie FLÈCHE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Bergerac (Dordogne), le 24 février 1881.

|                        |   |             |               |            |
|------------------------|---|-------------|---------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. LEFOUR, | professeur... | Président. |
|                        |   | MOUSSOUS,   | professeur... | { Juges.   |
|                        |   | RONDOT,     | agrégé.....   |            |
|                        |   | ANDÉRODIAS, | agrégé.....   |            |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX  
IMPRIMERIE Y. CADORET

17, Rue POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1907







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907.....N° 92

DU

# SÉJOUR AU LIT DES ACCOUCHEES

(ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE)

« Et l'on parle de dépopulation !.... Travailler dans la mesure de ses forces, aux questions qui touchent à l'hygiène de la femme et à la préservation de l'organe gestateur, n'est-ce pas servir un des plus grands intérêts de la patrie ? »

THIROUX (Th. inaugurale, 1899).

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 26 Avril 1907

PAR

**François-Louis-Jean-Marie FLÈCHE**

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Bergerac (Dordogne), le 24 février 1881.

Examineurs de la Thèse

|   |             |               |                   |
|---|-------------|---------------|-------------------|
| { | MM. LEFOUR, | professeur... | <i>Président.</i> |
|   | MOUSSOUS,   | professeur... | { <i>Juges.</i>   |
|   | RONDOT,     | agrégé.....   |                   |
|   | ANDÉRODIAS, | agrégé.....   |                   |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1907

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES ..... Doyen. | M. DE NABIAS. Doyen honoraire.

## PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.  
MASSE..... }

| MM.                                       | MM.                                   |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| Clinique interne..... { PICOT.            | Physique biologique et                |
| Clinique externe..... { PITRES.           | électricité médicale... BERGONIE.     |
| Pathologie et thérapeu- { DEMONS.         | Chimie..... BLAREZ.                   |
| tique générales..... { LANELONGUE.        | Histoire naturelle..... GUILLAUD.     |
| Thérapeutique..... { VERGELY (en congé)   | Pharmacie..... DUPOUY                 |
| Médecine opératoire... { MONGOUR (chargé) | Matière médicale..... DE NABIAS.      |
| Clinique d'accouchements... ARNOZAN.      | Médecine expérimentale. FERRE.        |
| Anatomie pathologique..... VILLAR.        | Clinique ophtalmologique BADAL.       |
| Anatomie..... LEFOUR.                     | des enfants..... DENUCE.              |
| Anatomie générale et histologie COYNE.    | Clinique gynécologique. BOURSIER.     |
| Physiologie..... CANNIEU.                 | Clinique médicale des                 |
| Hygiène..... VIAULT.                      | maladies des enfants. MOUSSOUS.       |
| Médecine légale..... JOLYET.              | Chimie biologique..... DENIGES.       |
|                                           | Physique pharmaceutique..... SIGALAS. |
|                                           | Pathologie exotique.... LE DANTEC     |

## PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... MM. DUBREUILH.  
Clinique des maladies des voies urinaires ..... POUSSON.  
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez..... MOURE.  
Clinique des maladies mentales..... REGIS.

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS. | MM. VERGER.  
MONGOUR. | ABADIE.  
CABANNES.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe { MM. CHAVANNAZ. | Accouchements { MM. FIEUX.  
BEGOUIN. | ANDERODIAS.  
VENOT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... { MM. GENIES. | Physiologie..... MM. GAUTRELET.  
CAVALIE. | Histoire naturelle. BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH. | Pharmacie..... M. BARTHE.

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne ..... MM. RONDOT.  
Accouchements..... ANDERODIAS.  
Physiologie ..... GAUTRELET.  
Ophtalmologie..... LAGRANGE.  
Hydrologie et minéralogie..... BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Témoignage de ma reconnaissance.

---

A MES SOEURS, A MES FRÈRES

---

A MON FRÈRE PIERRE FLÈCHE

*Elève de l'Ecole annexe de Santé navale de Rochefort.*

---

MEIS ET AMICIS



A MES BEAUX-PARENTS

A MON BEAU-FRÈRE

---

A MA FIANCÉE

Bien faible hommage de ma profonde affection.

---

A MA BELLE-SOEUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MES NEVEUX



*A mon Maître,*

MONSIEUR LE DOCTEUR MONOD

*Officier d'Académie  
Chirurgien honoraire des Hôpitaux*

Cher Maître,

La bienveillance que j'ai trouvée dans votre service à mon arrivée à Bordeaux m'a fait pendant toutes mes études suivre fidèlement votre enseignement. C'est avec vos conseils, avec votre aide que je termine aujourd'hui les études dont vous m'avez facilité l'abord. Puissiez-vous être assuré de mon dévouement et de ma profonde reconnaissance.



*A mon Président de thèse,*

MONSIEUR LE DOCTEUR R. LEFOUR

*Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Bordeaux,  
Officier de l'Instruction publique.*

Si durant le peu de temps que je suis resté à votre service, je n'ai pu connaître entièrement l'obstétrique, j'ai pu apprécier les qualités du maître que je ne pourrai oublier. Vous me faites le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse, recevez en échange l'assurance de ma respectueuse gratitude.



## AVANT-PROPOS

---

Il est une coutume que certains peuvent trouver désuète, mais dont nous tenons à ne point nous départir : c'est celle qui consiste à apporter à nos maîtres, à la veille de les quitter, le tribut bien légitime d'hommage et de reconnaissance qui leur est dû.

Dans les études médicales plus que dans n'importe quelle autre branche, le contact journalier du maître et de l'élève crée autour d'eux une atmosphère d'intimité spéciale qui, leur permettant de se mieux connaître, les fait davantage s'apprécier. De là, sans doute, le souvenir réconfortant et plein de charme que nous emportons de ceux qui, à un titre quelconque, contribuèrent à notre formation.

Comment dire à nos maîtres l'affectueux attachement et la douce gratitude que nous leur conserverons toujours? Il vaut mieux leur prouver par des actes que par des paroles la sincérité de nos sentiments; aussi continuerons-nous d'entretenir avec eux, le plus longtemps possible, un commerce qui nous fut si agréable et si précieux.

Cependant, il en est quelques-uns que nous devons spécialement et publiquement remercier pour leur fécond enseignement et leur sollicitude à notre égard. Ce sont nos maîtres dans les hôpitaux, ceux que nous avons suivis de près chaque matin, de salle en salle, recueillant le fruit de leur science et de leurs observations.

Notre gratitude remonte tout d'abord et de droit à ceux qui nous firent goûter les premiers principes de médecine et de chirurgie : M. le professeur agrégé Rondot et M. le D<sup>r</sup> Monod. Ils furent pour nous et des maîtres et des conseillers toujours sûrs et dévoués.

Ce sont aussi MM. les professeurs Moussous et Arnozan. La mémoire nous restera fidèlement gravée de leurs leçons si pleines de clarté et de sens pratique.

Que M. le professeur Villar, dont nous fûmes l'externe durant une année, daigne agréer, avec toutes nos plus sincères félicitations pour sa nomination à la chaire de médecine opératoire, l'expression de notre respectueuse gratitude. Il fut pour nous un maître aux grandes idées et aux leçons intéressantes. Sous une forme concise et originale, au moyen de comparaisons justes et pittoresques, avec une précision de termes remarquable, il nous fit goûter la discussion des plus grands problèmes de chirurgie.

Enfin, que M. le professeur Lefour, qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance. C'est dans son service à Pellegrin que nous fîmes notre stage pratique d'accouchements, appuyé par une solide étude théorique. Nous avons envers lui une dette de reconnaissance toute spéciale pour son enseignement si éclairé de clinicien et d'accoucheur qui imprégna si fortement notre esprit. Nous n'oublierons pas davantage ses sages conseils si précieux pour le jeune praticien, ni les encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer pour mener à bonne fin notre travail. Nous le remercions vivement de nous avoir permis de faire des mensurations dans son service de Pellegrin et d'examiner à notre gré les nouvelles accouchées.

Que M. le professeur agrégé Fieux, qui a bien voulu mettre à notre disposition quelques observations relatives à notre sujet, prises dans le service de M. le professeur Lefour, et nous aider dans notre tâche, veuille bien recevoir l'assurance de notre plus durable souvenir.

Et nous associerons dans notre gratitude à nos précédents maîtres, M. le professeur Demons, dont nous fûmes l'élève, MM. les professeurs agrégés Cabannes, Andérodias, Gentès et Venot, qui nous ont porté un intérêt tout particulier.

DU

# SÉJOUR AU LIT DES ACCOUCHÉES

(ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE)

---

## INTRODUCTION

---

Le temps qui s'écoule entre l'accouchement et le retour de l'utérus à son état primitif forme ce que l'on a appelé la période d'involution, de régression, d'évolution rétrograde de l'utérus.

« Bien que l'accouchement, comme le dit Bonnet, soit une fonction utérine essentiellement physiologique et le but final auquel tendent toutes les dispositions organiques de la femme, il ne faut pas seulement voir en lui un acte qui amène au monde un nouvel être vivant. Les maladies fréquentes que l'on observe à la suite indiquent assez que l'on doit encore considérer son accomplissement et le temps nécessaire à l'organisme maternel pour reprendre l'équilibre qu'il avait avant la gestation, comme une des époques les plus critiques, les plus orageuses de la vie de la femme ».

La femme accouchée peut donc être considérée comme une blessée, pour qui l'accouchement, même normal, constitue une sorte de traumatisme, ou plus correctement peut-être, comme une convalescente. Elle est d'ailleurs souvent une malade. Elle a besoin parfois d'un traitement, toujours de soins attentifs et d'une hygiène spéciale, et dans ce travail nous allons montrer l'importance de ces précautions, notamment l'importance d'un repos nécessaire et sévère après l'accouchement.

Durant nos études médicales et nos stages dans maints services de gynécologie, nous eûmes l'occasion de constater combien étaient nombreuses les affections utérines ou annexielles ayant pour origine une involution incomplète de l'utérus après un accouchement. Si nous remontions, par un interrogatoire rigoureux des malades, aux causes initiales de la maladie, nous trouvions que cette involution n'avait pas été troublée dans sa marche par des traumatismes obstétricaux, par une infection puerpérale, par une rétention de débris placentaires, par des maladies infectieuses ou diathésiques, par des grossesses répétées et un surmenage de l'appareil gestateur, mais qu'au contraire les principaux facteurs étaient les écarts d'hygiène post-partum et notamment le lever prématuré.

Ces faits éveillèrent notre attention et notre curiosité, surtout lorsqu'accomplissant notre stage obstétrical, nous remarquâmes combien notre éminent maître, M. le professeur Lefour, insistait sur les phénomènes des suites de couches, et en particulier sur la régression normale de l'utérus. Il nous fit apprécier alors dans toute sa justesse la phrase du professeur Depaul : « Un des points les plus intéressants à étudier parmi les divers phénomènes qui constituent les suites de couches, est celui qui se rattache aux modifications successives de l'utérus ».

Et M. le professeur Lefour, nous parlant des facteurs nécessaires pour assurer une marche normale à cette régression, cita comme un des plus importants le repos sévère au lit. Mais, quelle était notre surprise peu après, en voyant ces femmes, ces *accouchées de neuf jours*, qui venaient d'entendre à leur chevet les recommandations de notre maître, demander

à quitter la salle. Cette salle où, durant leur délivrance, durant leur convalescence, elles n'avaient cessé d'être l'objet de soins aussi bien dirigés que de bontés aussi nombreuses de la part du chef de service, du chef de clinique et des maîtresses sages-femmes. Mais non, ni les conseils aussi patients que sensés de notre professeur, ni les terribles avertissements des maladies auxquelles ce lever prématuré pouvait les conduire, rien n'arrêtait leurs malheureux projets. Il y avait neuf jours qu'elles avaient fait leur enfant (*sic*), donc elles étaient guéries, elles devaient quitter leur lit pour pouvoir aller travailler!!

Et c'étaient des larmes, des promesses (?) de soins chez elles, c'étaient aussi des imprécations contre ces médecins (dont elles étaient pourtant venues demander l'assistance pour leur délivrance), des menaces de fuite, si un refus contrecarrait leur demande. On a beau être humanitaire, on ne peut point cependant porter atteinte à la liberté individuelle, il n'y a point de loi, de règlement qui vous autorise à retenir une malade dont la raison *ne veut pas comprendre*, dans votre refus, toute la grandeur de votre cœur. *Il fallait* donc signer la carte de sortie; aussi que voyons-nous, si nous parcourons les diverses cartes de sortie de presque toutes les accouchées du service de M. le professeur Lefour? Nous lisons toujours la même formule : **Exeat sur sa demande.**

Eh bien ces mêmes femmes, qui trouvaient exagéré de rester au lit plus de neuf jours après leurs couches, venaient souvent un mois, trois mois, six mois après s'aliter, pendant des semaines et des mois dans les services chirurgicaux hospitaliers; ici une endométrite hémorrhagique, là une rétroflexion douloureuse, là un prolapsus, là une annexite.

Il est donc pénible de penser aux conséquences de *cette erreur des neuf jours de repos* après l'accouchement, de cette erreur si populaire et si sacramentelle dans la classe ouvrière, erreur contre laquelle ont toujours lutté tous les accoucheurs, contre laquelle luttent énergiquement nos maîtres de la Faculté de médecine de Bordeaux. A un moment où la thérapeutique des maladies de l'utérus et des annexes propose et exécute des opé-

ractions nouvelles, il nous a semblé que ce travail, qui a surtout en vue la prophylaxie des altérations et des maladies qui les motivent, pouvait avoir de l'actualité.

Et si nous avons prononcé tout à l'heure le nom de classe ouvrière, c'est que, dans notre travail, nous ne nous occuperons que de cette classe sociale. Laissant de côté la bourgeoisie aisée qui est sans aucune préoccupation du lendemain, notre étude insistera sur la femme qui, accouchant dans son échoppe, devra être au plus tôt sur pied pour faire son ménage; et de celle aussi qui, accouchant dans un service hospitalier, redeviendra le lendemain de sa sortie une piqueuse à la machine ou une ouvrière de magasin, constamment debout, ou une portanière dont la corbeille pesante « coupe le ventre », ou encore une marchande errante déambulant tout le jour; toutes enfin ayant des occupations très fatigantes à accomplir dans leur journée. Bien heureuses encore si dans la soirée, leurs organes ne sont pas encore traumatisés par les exigences d'un mari ou d'un amant!

Maintenant que nous avons fixé ce que nous allons étudier, nous devons dire quel est le plan d'après lequel nous avons construit notre travail. Nous le diviserons en trois parties : la première partie comprend trois chapitres.

Dans la définition ou premier chapitre, nous rappellerons ce que l'on entend par involution utérine, et ce que l'on doit entendre par sub-involution.

Le deuxième chapitre est consacré à l'historique de la question; nous avons voulu non seulement rappeler les travaux récents sur l'involution, puisque le premier date à peine de 1858, mais nous avons voulu consulter les traités anciens des accoucheurs illustres sur la régression utérine. En fouillant ces livres que l'on consulte toujours avec profit, nous avons essayé d'exposer les idées que les auteurs avaient sur ce point un peu spécial des suites de couches.

Nous sommes même remonté aux temps hippocratiques; nous avons consulté les grands médecins romains à plusieurs époques.

Peu à peu nous avons suivi les siècles pour arriver à l'époque contemporaine.

Le troisième chapitre est destiné à rappeler quelques notions d'anatomie et d'histologie de l'utérus post-partum : elles nous semblaient indispensables à avoir bien présentes à l'esprit pour mieux apprécier cliniquement les phénomènes involutifs. Nous y avons joint quelques observations que M. le professeur agrégé Fieux a bien voulu mettre à notre disposition.

La deuxième partie de notre thèse est entièrement destinée à l'involution normale et la sub-involution cliniques de l'utérus. Nous l'avons de même que la première scindée en quelques chapitres pour mieux en détacher les points multiples et complexes que nous devons étudier.

Tout d'abord nous exposons les opinions classiques sur le retrait utérin. Nous avons tâché de résumer aussi bien que possible tout ce qui a été dit et fait par les mensurations : nous y apportons quelques recherches personnelles.

Dans un dernier chapitre, l'anatomie et les mensurations nous ayant éclairé sur les phénomènes involutifs et leur durée, nous étudierons l'influence néfaste du lever prématuré comme une des causes primordiales de la sub-involution utérine. Nous y joindrons quelques observations personnelles.

A ce chapitre succéderont la discussion et la réfutation de théories nouvelles, celles de Pierra, Pichevin, Doléris, en France, de Kuestner, en Allemagne, de Giglio, en Italie, qui veulent faire lever l'accouchée dès le cinquième ou le sixième jour.

Enfin dans une troisième partie, nous traiterons la question du séjour au lit des accouchées au point de vue de l'hygiène sociale.

Par suite des progrès constants du commerce et de l'industrie, de l'extension croissante du machinisme, de la formation des grandes agglomérations populaires urbaines, un nombre de plus en plus grand de femmes sont entrées dans les usines, dans les magasins, dans les ateliers. On a fait beaucoup pour la femme enceinte, pour la fille-mère ; on s'est occupé très peu de l'ouvrière pendant ses suites de couches.

Cette question a été ou est encore à l'ordre du jour dans tous les parlements d'Europe : elle a été discutée dans les congrès ouvriers. M. le sénateur P. Strauss s'en est beaucoup occupé, mais son élan d'humanité n'a été bien écouté que des médecins. Et cependant cette question est capitale dans notre pays, où la natalité est toujours si faible : elle est en effet intimement liée au problème de la dépopulation qui préoccupe si fort aujourd'hui les gouvernants et les hygiénistes et tous ceux qui ont souci de la race française. Aussi croyons-nous contribuer à une œuvre utile en y insistant dans notre sujet.

Nous étudierons donc ce qui a été réalisé à l'étranger, sur la question du repos après l'accouchement en fait de législation protectrice, et ce qui a été tenté ou proposé en France. Nous pourrons alors, nous appuyant sur des considérations tirées de l'hygiène, aboutir à une conclusion ferme, et préconiser ce qu'il reste à faire en France et ce qu'on *devrait* faire.

Et nous demanderons à nos confrères, à nos futurs confrères aussi, à mesdames les sages-femmes, de vouloir bien continuer à répandre, comme nous, la bonne parole de nos Maîtres de la Faculté de Bordeaux, en insistant avec patience et persévérance, pour que leurs accouchées gardent un repos aussi complet que possible après l'accouchement. Cette malheureuse erreur des neuf jours, « vieille comme le monde », doit disparaître dans notre siècle, nous rappelant « qu'il ne faut point se détourner des artisans, de leur propre malheur, car plus ils seront dans leur tort, plus ils seront portés à nous en vouloir de leurs erreurs » (Rochard).

Nous aurions désiré présenter à nos juges un travail plus complet, mais le temps nous a été parcimonieusement mesuré. Nous ne saurions trop réclamer toute l'indulgence due à notre jeune expérience.

« Lorsque, par nécessité, on est obligé de donner un écrit quel qu'il soit, on a droit, sinon à un pardon absolu, du moins à beaucoup d'indulgence, car l'on doit se rappeler que ce n'est pas la faute de l'arbre, si ses fruits ne sont pas mûrs avant la saison ».

(RICORD, Th. inaugurale).

# PREMIÈRE PARTIE

---

## CHAPITRE PREMIER

### DÉFINITION

Après l'accouchement et la délivrance, l'utérus, qui pendant les 270 jours qu'en moyenne dure la gestation, avait subi d'importantes modifications macroscopiques (augmentation de volumé, de poids, de consistance, de forme, de situation) et microscopiques (hypertrophie des fibres musculaires, transformation de la muqueuse) passe, pour revenir à son état normal, par le même ordre de phénomènes et de transformations, mais en sens inverse : c'est à ce groupe complexe et varié que l'on donne le nom d'involution (involutio) ou plus exactement : d'*involution rétrograde* de *rétrocession* ou de *régression* (regressio, retour) utérine.

D'après les auteurs, en général, la régression est plus rapide à l'état de santé qu'à l'état de maladie, surtout s'il s'agit d'une affection des organes génitaux.

La régression s'opèrerait en général plus rapidement chez la femme jeune que chez la femme plus âgée, chez la femme forte que chez la femme faible. Elle serait plus lente après un travail très prolongé qu'après un accouchement rapide (Serdukoff).

Les auteurs sont divisés sur la marche de la régression chez les primipares et les multipares.

D'après les accoucheurs français, elle se ferait généralement mieux chez les primipares que chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants (Cazeaux et Wieland).

Selon les auteurs allemands, Schröeder et de Scanzoni, au contraire, elle se fait mieux chez les multipares.

Serdukoff affirme de son côté (troisième opinion) que la régression serait plus rapide chez les jeunes multipares n'ayant eu qu'un ou deux enfants que chez les primipares et les vieilles multipares ayant accouché déjà un grand nombre de fois ; il règne, comme on le voit, une grande confusion à ce sujet.

La régression de l'utérus est plus rapide dans les accouchements à terme que dans les accouchements prématurés et les avortements, « quoique dans ces derniers, dit Tarnier, l'organe revienne plus tôt à ses dimensions primitives ».

« La régression normale est celle qui porte non seulement sur l'utérus et tous les tissus qui le constituent, non seulement dans la hauteur de cet organe ou de sa cavité, mais sur toutes ses dimensions, sur sa consistance, en général moins dure, plus souple, que l'on observe ordinairement chez les femmes qui nourrissent. De plus, pour l'utérus, la régression normale est marquée par le retour des propriétés physiologiques : *sensibilité, rétractilité, contractilité, circulation*, qui, en somme, sont tout l'organe et qui, seules, démontrent par leur intégrité qu'il est exempt de toute altération ou état pathologique » (Segay).

Il est classique aujourd'hui d'admettre, à côté de l'involution, un autre état : la *sub-involution*, qui a été créée par les auteurs anglais (Simpson, 1853, Snow-Beck) et qui indique un arrêt temporaire ou définitif de la régression normale de la matrice. C'est de cet état que nous parlerons surtout, faisant tous nos efforts pour montrer qu'il n'a pas toujours comme origine *une cause pathologique* : l'infection, mais que, le plus souvent, il est dû au traumatisme causé par le lever précoce et aux écarts d'hygiène *post-partum*, qui, en troublant la matrice dans son involution, la mettent dans un état d'imminence morbide.

## CHAPITRE II

### HISTORIQUE

Dès les temps les plus reculés, tous les peuples se sont préoccupés de l'état des femmes après leurs couches, état désigné dans le langage actuel « suites de couches » ; mais parmi les phénomènes qui font partie du *post-partum*, ils ne se préoccupaient pas de les étudier séparément, il nous a semblé, d'après la lecture minutieuse des auteurs anciens, qu'ils avaient toujours en vue les pertes, les « vuidanges », les lochies, différents noms sous lesquels l'écoulement des « suites de couches » a été désigné dans les différentes époques.

« Les lois de Moïse défendaient les rapports sexuels avant quarante jours après l'accouchement », heureuse prescription que l'on devrait observer de nos jours. Sué nous apprend même que, chez les Hébreux, la femme qui avait accouché d'un garçon devait garder la chambre pendant quarante jours, et pendant quatre-vingts si elle était mère d'une fille.

Chez les Grecs, dit Bouchacourt, il y avait la cérémonie de la purification le cinquième jour après les couches. Les Spartiates et les Romains avaient les plus grands égards pour la santé des femmes en couches. Lycurgue, par exemple, voulait que l'on soignât les accouchées comme les vieillards, et quand l'une d'elles succombait aux suites de l'accouchement, il lui accordait une inscription spéciale, distinction réservée aux braves, morts sur le champ de bataille.

A Rome, on suspendait une couronne devant l'habitation de l'accouchée, ce qui était une manière de la recommander à la

vénération de ses concitoyens; enfin une femme ne pouvait subir la torture que quarante jours après l'accouchement.

Les Arabes et différents peuples sauvages avaient aussi diverses cérémonies ou pratiques qui devaient être accomplies à des époques plus ou moins éloignées de l'accouchement, mais ces pratiques, parfois heureuses, parfois préjudiciables pour les nouvelles accouchées, restèrent toujours dans les mœurs. Dans aucun des anciens auteurs, nous ne les trouvons mentionnées ou étudiées au point de vue scientifique. Hippocrate, Galien, Celse, *Ætius*, Paul d'Egine, Avicenne sont muets sur ce sujet.

Les auteurs du xv<sup>e</sup> siècle, Rhodion et Rueff, n'en parlent pas. Maintenant, prenons l'époque des accouchements au siècle où parut Paré, c'est-à-dire vers le milieu du xvi<sup>e</sup> siècle, le siècle de Paré et de Guilleméau, qui est, du reste, le grand siècle des accouchements. Dans son immortel traité, le Père de l'obstétrique n'a pas consacré un mot aux « suites de couches ».

En 1621, son élève Guilleméau a rempli faiblement le vide laissé par son maître, se préoccupant des « vuidanges » pour que la matrice fût purgée et déchargée, mais ne se souciant pas du tout de l'état de la matrice elle-même.

Les autres grands accoucheurs du xvii<sup>e</sup> siècle :

Saint-Germain en 1650, Fournier en 1676, Viardel en 1671, Portal en 1682, Peu en 1664 n'ont pas laissé dans leurs écrits une page dans laquelle on puisse trouver une mention relative à la marche rétrograde de la matrice après l'accouchement.

Pendant l'époque brillante des accouchements qui commence avec la 1<sup>re</sup> édition en 1664 de François Mauriceau, « le plus fameux accoucheur du siècle », nous ne trouvons qu'une seule phrase dans laquelle on pourrait voir cependant que la constatation du retrait utérin n'était pas passée inaperçue pour le grand accoucheur : « On connaît l'inflammation de la matrice en ce qu'elle est très douloureuse et beaucoup plus tuméfiée après l'accouchement qu'elle ne devrait : la femme sent une grande pesanteur au bas-ventre : il y survient grande tension, il s'enfle, et devient presque aussi gros qu'il était avant qu'elle fût accouchée ».

Nous arrivons maintenant au xviii<sup>e</sup> siècle, qu'on pourrait appeler le grand siècle de l'obstétrique en Europe; en effet, nous allons voir quelle pléiade d'hommes ont honoré cette science non seulement en France, mais aussi dans toutes les autres nations. Mesnard, dans le chapitre consacré aux « accidents et maladies qui surviennent aux femmes après qu'elles sont accouchées », écrit : « L'écoulement des lochies des femmes a-t-il un terme limité ? Non, car on remarque qu'il y a des femmes auxquelles cet écoulement finit dès le cinquième jour de leur accouchement, d'autres à qui les lochies fluent jusqu'à 8, 10, 12, 15 jours de leurs couches et d'autres à qui elles coulent pendant un mois ou six semaines ». Cette observation est la seule que l'on trouve dans son manuel ayant quelque rapport avec la durée des couches, et, comme on le voit, il faut vouloir interpréter sa phrase dans ce sens. Deleurye, Barbaeiel n'en parlent pas. Puzos dit : « Quoique la matrice ait besoin d'un temps considérable et d'un écoulement des lochies fort long, pour se réduire au petit volume où elle doit être hors le temps de grossesse ». Astruc ne fait allusion au retrait de l'utérus que pour conseiller de mettre une alêze avec laquelle on entoure le ventre à mesure que l'utérus rentre dans le bassin.

Levret, dans son chapitre des « suites de couches », est imbu des idées régnant à cette époque : « Il ne faut changer le linge des accouchées que vers le dixième jour et ne point permettre qu'elle mettent le *pied à terre avant le douzième*, surtout si c'est une personne dont les parties soient d'un tissu flasque, si on ne veut pas les imposer volontairement à un « *prolapsus uteri* ». (Nous faisons remarquer de suite, pour y revenir plus tard lorsque nous parlerons des méfaits du lever prématuré, que ce grand accoucheur que fut Levret ne se trompait pas dans son observation clinique).

« Les femmes, dit-il, même qui ont eu des accouchements laborieux, doivent rester, presque toujours, plus longtemps au lit que les autres, surtout si elles sont jeunes » :

Nous ne nous arrêtons pas à analyser les écrits de ce grand nombre d'accoucheurs français de la première moitié du

xviii<sup>e</sup> siècle. Armand, Dionis, de la Motte, pas plus que ceux de Soulayres, Dufot de Soissons, Gilles de la Tourette qui viennent dans la deuxième moitié ; nous voulons seulement retenir ce que dit un des maîtres de l'obstétrique, J.-L. Baudelocque, qui écrivait à la fin du xviii<sup>e</sup> siècle et dont les doctrines furent conservées jusque dans le premier quart du grand siècle : « A quel terme des couches la femme peut se lever et commencer à marcher ? *R.* Ce terme ne peut pas être encore fixé qu'après l'état même de la femme. Si les unes peuvent se lever et marcher après les cinq ou six premiers jours, il en est d'autres qui ne sauraient le faire au *dixième* et même au *douzième* sans être incommodées, sans éprouver des pesanteurs de matrice, des tiraillements douloureux dans le bas ventre.

» ... En général, les femmes de la campagne quittent leur lit et reprennent leurs occupations domestiques de *trop bonne heure*. La plupart vont à l'église et aux champs, s'exposent au froid et à l'humidité dans un temps où elles devraient au plus rester levées quelques instants de la journée.

» L'usage où elles sont de nourrir leurs enfants ne saurait les dispenser de prendre plus de précautions, puisque l'allaitement ne les met pas à couvert d'une *foule de maladies*, plus ordinaires chez elles que chez les femmes qui habitent les villes ».

En Angleterre, à la même époque, apparaissent un grand nombre d'accoucheurs qui eurent une grande autorité ; malgré cela, nous voyons que, de même qu'en France, l'involution de la matrice n'est pour eux qu'un phénomène secondaire. Cependant Smellie écrit dans un chapitre consacré aux lochies : « Cet écoulement (les lochies) dure jusqu'à ce que la matrice se soit contractée au point de n'avoir plus que le même volume qu'elle avait avant la grossesse ; elle revient à cette période environ le dix-huitième ou le vingtième jour après l'accouchement : cela varie cependant dans les différentes femmes ».

Les autres auteurs Burton, Douglas, Maubray, Dankes, Manningham n'étudient pas l'involution.

En Allemagne, ni Plenck, ni Stein, ni Røederer ne consacrent

des chapitres spéciaux à cette étude. Devenir même n'a consacré un chapitre à aucun phénomène du *post-partum*.

En résumé, nous voyons qu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle les connaissances sur la régression utérine étaient pour ainsi dire nulles, et à part quelques observations, ce phénomène si important n'avait pas attiré l'attention des cliniciens de l'Europe.

Si nous franchissons maintenant le seuil du dix-huitième siècle, nous allons voir que, malgré les noms illustres qui ont honoré l'obstétrique, ce n'est qu'en 1846 que nous trouvons le premier travail signalant que l'utérus, après la délivrance, revenait plus ou moins vite à son état normal, selon des conditions bien différentes de maladies ou de santé.

Gardien (1807) garde le silence sur ce sujet. Citons les deux notables sages-femmes du dix-neuvième siècle :

M<sup>me</sup> Lachapelle écrit (1821) : « Les femmes ne doivent faire aucun exercice les premiers jours de leurs couches », et M<sup>me</sup> Boivin, en 1833, fixe à 40 jours le terme des suites de couches : « 30 à 40 jours suffisent pour rétablir l'ordre de toutes les parties et les rendre à peu près à leur même état ». Ce n'est qu'en 1835 que furent étudiés, à Paris, les phénomènes physiologiques de l'état puerpéral, par Paul Dubois, et Stoltz, en 1826, dans sa thèse inaugurale, traita de l'involution; mais cet auteur se limita à l'étude du col.

Velpeau, en 1835, consacra un chapitre aux « Relevailles ». Voici ce que l'on y trouve : « Le temps qu'une femme en couches doit rester au lit est nécessaire, même très variable, et le neuvième jour, terme vulgaire, ou le quatorzième jour de Levret ne peuvent être adoptés que comme période moyenne; pour peu que la santé soit chancelante, il faut attendre quinze à vingt jours. En tous cas, on aurait tort de lui permettre de reprendre des exercices tout à coup, comme le font certains praticiens. Le premier jour de sa levée, elle se tient une demi-heure sur un fauteuil, une heure le deuxième; le troisième, elle peut faire quelques pas et rester deux ou trois heures hors du lit... Il serait dangereux, quand elle quitte la chambre, que sa première sortie fût pour l'église. Les temples sont ordinairement vastes et

froids, et dans la cérémonie de leurs « relevailles » elles ne manquent pas de se fatiguer et souvent puisent là le *principe de maladies graves* ».

Des rapports directs avec le volume de l'utérus dans le *post-partum*, nous n'avons trouvé que ce qui suit : « Quoique débarrassée de l'enfant et du délivre, la matrice ne reprend pas immédiatement son volume ni ses autres qualités naturelles. En général elle dépasse les dimensions qu'elle offre au troisième mois de la gestation. Ashwel l'a trouvée longue d'un pied (le pied mesure 30 à 40 centimètres) chez une femme qui mourut d'hémorrhagie le onzième jour ».

Il est facile de se convaincre que Velpeau, malgré son autorité et son talent, n'avait pas une idée bien arrêtée et nette de ce que devient la matrice après la délivrance.

En 1840, Maygrier parle déjà de la situation de la matrice après la délivrance et de la façon de la délimiter. Voici ses propres termes : « Pour connaître l'état dans lequel se trouve la matrice après l'accouchement, objet que l'accoucheur ne doit jamais perdre de vue, il suffit de placer la main à nu sur le ventre de la mère à la hauteur à peu près de l'ombilic, là il sentira une tumeur arrondie, dure, qu'il est impossible de ne pas reconnaître pour la matrice contractée ». C'est entre le huitième et le dixième jour que, d'après lui, on peut abandonner la femme à elle-même ; cependant, ajoute-t-il, « il ne faut pas qu'elle se livre à l'instant même à des travaux accoutumés, qu'elle sorte sans précautions ; il est extrêmement prudent que les premiers mois elle ne s'expose ni au froid, ni à l'humidité, qu'elle soit au lit au coucher du soleil et qu'elle ne se lève que tard ».

Si, comme ses devanciers, Maygrier attache une grande importance à l'humidité et au froid qui joueraient un rôle principal et déterminant (?), il n'oublie pas non plus les lochies : « Lors donc que l'écoulement est modéré, presque inodore et d'une couleur jaune pâle, il faut le répéter, c'est naturel, nécessaire, il est le résultat du dégorgement de la matrice, dépendant d'une véritable irritation suppurative qui favorise le

retour de l'utérus au volume qui lui est habituel à l'état de vacuité ».

A peu près à la même époque, en 1843, Burns, professeur à Edimbourg, faisait paraître son ouvrage dans lequel nous lisons : « Grande variété d'opinions ont été données par les anatomistes sur les dimensions de l'utérus après la délivrance.... Au bout de trois semaines, on trouve l'utérus par le vagin avec les dimensions qu'il avait avant la conception ».

Moreau, en 1841, dit : « Le retour de l'utérus à son volume primitif n'a lieu que d'une manière lente et graduée », il n'ajoute rien de plus. Chailly, en 1845, ne fait que répéter ce dernier auteur.

« Jacquemier, dans son *Manuel*, en 1846, est le premier auteur, il nous semble, dit Camacho dans sa thèse inaugurale, qui écrivit dans le chapitre consacré aux suites de couches quelques phrases pour indiquer les dimensions et la position de la matrice après la délivrance et dans les jours suivants, mais il n'étudie point d'une façon complète le retrait utérin ».

C'est dans la même année (1846) que Jules Guérin déposa à l'Académie de médecine un mémoire ainsi intitulé : « *Essai d'une nouvelle théorie physiologique de la fièvre puerpérale* ». Cet important mémoire resta inconnu jusqu'à 1858, date à laquelle eut lieu la très célèbre discussion sur la fièvre puerpérale et à laquelle prirent part Beau, Trousseau et comme accoucheurs Depaul et Cazeaux. « Dans 21 observations d'accouchements normaux, dit Guérin, j'ai noté avec le plus grand soin toutes les particularités relatives au retrait de l'utérus avec les différents symptômes offerts par les sujets..... Ce qu'il importe et ce que j'ai eu soin de remarquer c'est que dans le plus grand nombre de cas le retrait continu est le fait normal, et l'arrêt du retrait le fait anormal, la menace pathologique ».

Si Guérin généralisait un peu trop, étant donné le nombre restreint de ses observations, nous croyons néanmoins que l'on doit considérer son travail comme le premier ayant trait à l'involution utérine.

En 1852 nous devons signaler un travail de S.-Y. Simpson;

lu devant la Société obstétricale d'Edimbourg, dans lequel il attire, pour la première fois, l'attention sur un état de sub-involution de l'utérus.

Le 24 décembre 1858, Wieland soutenait une thèse très appréciée sur l'involution de l'utérus : « Ce n'est, dit-il, *que du vingtième au trentième jour* après ses couches que l'accouchée doit sortir pour la première fois. Si c'est en hiver, il est plus prudent de ne lui permettre cette sortie qu'au bout de six semaines ».

En 1861, Hecker étudie l'épaisseur des parois utérines sur 48 autopsies ; ses données sont sujettes à caution, attendu que tous ces cas étaient étudiés sur des femmes mortes en état d'infection.

En 1869, Autefage consacre sa thèse inaugurale à l'étude clinique du retrait utérin, et sous la direction du professeur Depaul proposa une méthode de nouvelle mensuration de la hauteur utérine.

En 1872, Pfannkuch étudie les rapports de l'involution et de l'état de vacuité ou de plénitude de la vessie et du rectum.

En 1875, Garipuy fait une revue générale de la question. De la même année date le traité de Schroöder d'Erlagen, il parle très peu du retrait de la matrice.

Le professeur Depaul (1872) consacre une de ses leçons cliniques à l'involution, mais n'apporte pas de connaissance nouvelle.

En 1877, Chenet étudie *l'engorgement utérin* comme une conséquence de l'involution incomplète.

Cazeau, dans son Traité, ne considère pas l'involution comme digne d'une étude spéciale.

En 1878, Bouchacourt et ses élèves Pilippeau, Marduel et Jacquet font des recherches à la clinique de la Charité, sur les suites de couches.

Fauquez, en 1879, soutient sa thèse sur les rapports de la métrite chronique et de l'involution utérine.

L'année suivante 1880 marqua une époque de l'histoire de l'involution. Charpentier, en France, Sinclair, en Amérique,

appliquent une méthode nouvelle pour la recherche exacte du retrait de la matrice : l'hystérométrie interne. Les résultats obtenus par cette méthode font le sujet de thèse d'Avrard en 1880, de Milsom en 1881, de Ganzinotty en 1882, d'Aron en 1883. A la même époque, nous trouvons quelques thèses à l'étranger sur l'involution, celles de Parthey et de Meith en Allemagne; de Bernstein à l'étranger.

En 1888, Duval (Eugène) consacre sa thèse de doctorat au traitement de la régression incomplète par les injections d'eau chaude. De la même année datent les travaux d'Auvard.

En 1891, Poulat (Henri), dans sa thèse, parle des traitements de la sub-involution utérine. Bosc (de Montpellier) conseille le massage comme le moyen d'activer l'involution. Desplats, en 1899, fait un travail sur les dangers de l'arrêt de la régression anormale utérine.

Enfin en 1891, Segay (de Bordeaux) étudie les rapports de la régression normale de l'utérus avec l'allaitement maternel. Audebert (de Toulouse), en 1899, étudie les dangers du lever précoce après l'accouchement.

Enfin, en 1906, Camacho soutient une thèse sur l'involution utérine.

Nous croyons avoir suivi avec exactitude l'ordre chronologique de tous les travaux qui ont un rapport plus ou moins étroit avec notre sujet. Il est bien entendu que nous n'avons pas la prétention de croire que nous avons consulté tous les auteurs sans aucune exception, nous avons mentionné ceux qui se trouvent cités dans tous les historiques, et sans lesquels ceux-ci seraient entachés d'inexactitude. Pour le choix des traités et écrits des accoucheurs des <sup>xvi</sup><sup>e</sup>, <sup>xvii</sup><sup>e</sup> et <sup>xviii</sup><sup>e</sup> siècles, nous avons profité des thèses, écrits et analyses de leurs œuvres.

---

## CHAPITRE III

### UTÉRUS POST-PARTUM. NOTIONS D'ANATOMIE ET D'HISTOLOGIE

Il est de connaissance normale que dans l'involution utérine il y a deux grandes variétés de phénomènes à considérer.

1° Les phénomènes intimes qui ont pour siège les différents tissus qui forment la trame de l'utérus, les phénomènes histologiques en un mot, qui doivent être étudiés à l'aide du microscope et qui consistent, selon l'opinion la plus répandue, dans la dégénérescence graisseuse des tissus musculaires formée par l'hypergénèse ;

2° D'autres tout aussi importants, d'ordre purement physiologique, qui consistent dans des changements de forme, de situation, de consistance et surtout de dimensions que subit la matrice, tous d'ordre macroscopique et qui, comme le dit Varnier, ne sont, en somme, que l'extérioration de ceux qui ont eu lieu dans l'intimité du tissu utérin.

Nous allons nous occuper des phénomènes macroscopiques, empruntant un grand nombre de nos détails à Rieffel dans son bel article « L'appareil génital de la femme » et à Varnier dans son admirable ouvrage « L'obstétrique journalière ».

« Le phénomène capital des suites de couches, dit Varnier, celui autour duquel gravitent et se groupent tous les autres, c'est la *restitutio ad integrum* de l'utérus, son retour à l'état physiologique *prae gravidique*.

» Vidé du fœtus et des annexes, l'utérus garde le volume et la forme d'un utérus gravide de quatre mois et demi, atteint encore ou presque l'ombilic, remplit exactement le bassin où il ne laisse place qu'au rectum et à la vessie, affleure de son col

affaissé, ecchymosé, et largement béant le plan coccy-sous-pubien ».

Si nous prenons comme moyenne du poids de l'utérus d'une femme pare 60 grammes, on se rend compte de l'énorme déperdition de poids que subit la matrice pendant son retrait, puisqu'elle doit perdre de 950 grammes à plus de 1.200 et 1.500 en neuf (?) à quinze jours (?)

Poids de l'utérus.

| ÉTAT DE VACUITÉ |                 | APRÈS LA DÉLIVRANCE  |                        |                                 |
|-----------------|-----------------|----------------------|------------------------|---------------------------------|
| NULLIPARES      | MULTIPARES      | DEPAUL               | NOEGELÉ                | TARNIER et BUDIN                |
| 40 grammes      | 55 à 60 grammes | 600 à 800<br>grammes | 750 à 1.000<br>grammes | 900 à 1.200<br>et à 1.500 gram. |

D'après Heschl cité par Playfair, le poids de la matrice *post partum* serait de 650 grammes à 700 grammes; au bout d'une semaine, de 550 à 600 grammes; à la fin de la seconde semaine, de 300 à 328 grammes; à la fin de la troisième, de 150 à 200 grammes; ce ne serait qu'à la fin du second mois qu'elle aurait son poids normal. D'après Spiegelberg, Hecker et Buhl, le poids de l'utérus après l'accouchement est de 1.500 grammes : deux jours plus tard de 790 grammes, après la première semaine de 500 grammes et de 375 après la deuxième, *après la sixième semaine ou deux mois*, de 40 ou 60 grammes, c'est-à-dire que l'utérus aurait repris le poids qu'il avait avant la grossesse. C'est l'opinion la plus admise aujourd'hui.

Quant à la capacité de la matrice, Guyon estime que la capacité utérine mesure de 3 à 5 centimètres cubes chez la vierge, et de 5 à 8 centimètres cubes chez les multipares : pour l'évaluer, cet auteur a pratiqué des injections solidifiables avec le mélange dit « à corrosion », que Sappey a remplacé par du mercure, qui à l'avantage de ne pas distendre les parois : ce dernier auteur est arrivé à des chiffres moins élevés : 2 à 3 centimètres cubes chez la nullipare, 3 à 5 chez la multipare, et il

conclut en disant que la capacité de la matrice est de 1000 centimètres cubes après la délivrance.

Les dimensions de l'utérus ont été bien étudiées par Richet, Sappey, Guyon, Cazeaux et Arthur Farre. Voici le tableau résumant les dimensions données par les principaux auteurs pour l'utérus à l'état de vacuité. En parlant des mensurations cliniques, nous donnerons les dimensions de l'utérus *post-partum*.

Dimensions de l'utérus de multipares à l'état de vacuité.

| AUTEURS            | DIAMÈTRE VERTICAL<br>(mm.) | DIAMÈTRE TRANSVERSAL<br>(mm.) | ÉPAISSEUR DE L'UTÉRUS<br>(mm.) |
|--------------------|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Richet . . . . .   | 60                         | 47                            | —                              |
| Guyon . . . . .    | 62                         | —                             | —                              |
| Sappey . . . . .   | 57                         | 43                            | 26                             |
| Henle . . . . .    | 90 à 100                   | 55                            | 30 à 35                        |
| Waldeyer . . . . . | 75                         | 40 à 50                       | 30                             |
| Rieffel . . . . .  | 70                         | 45                            | 30                             |
| Aran . . . . .     | 50 à 66                    | 44                            | —                              |

Quant aux dimensions de l'utérus *post-partum*, Autefage, qui en a fait une belle étude dans sa thèse inaugurale, donne les observations suivantes.

Sur 12 femmes, chez lesquelles les mensurations ont été prises dans les six premières heures qui ont suivi la délivrance :

Diamètre vertical . . . . . 14 à 21 cent. En moyenne 16 cent.  
 Du pubis au fond de l'utérus . 9,5 à 17 » » 12,4 »  
 Diamètre transversal . . . . . 9 à 15 » » 12 »

Sur 16 femmes, chez lesquelles la mensuration a été faite 6 à 12 heures après la délivrance :

Diamètre vertical . . . . . 13 à 21 cent. En moyenne 16,5 »  
 Du pubis au fond de l'utérus . 9 à 15 » » 12,5 »  
 Diamètre transversal . . . . . 9 à 15 » » 12,5 »

Sur 7 femmes, chez lesquelles la mensuration a été faite de 12 à 18 heures après la délivrance :

|                                |    |            |                 |        |
|--------------------------------|----|------------|-----------------|--------|
| Diamètre vertical . . . . .    | 15 | à 18 cent. | En moyenne 16,5 |        |
| Du pubis au fond de l'utérus . | 12 | à 17       | »               | 16,5 » |
| Diamètre transversal . . . . . | 9  | à 16       | »               | 13 »   |

Sur 19 femmes, chez lesquelles la mensuration a été faite de 18 à 24 heures après la délivrance :

|                                |    |            |                 |        |
|--------------------------------|----|------------|-----------------|--------|
| Diamètre vertical . . . . .    | 13 | à 22 cent. | En moyenne 16,2 | »      |
| Du pubis au fond de l'utérus . | 9  | à 16       | »               | 11,5 » |
| Diamètre transversal . . . . . | 10 | à 14       | »               | 12 »   |

En résumé, la hauteur totale de l'utérus *post-partum* est donc de 18 centimètres en moyenne, sa largeur de 13 centimètres, son poids de 1.200 grammes. L'épaisseur de ses parois atteint 33 millimètres : sa vascularisation est intense : sa sensibilité et sa contractilité sont exquises ainsi qu'en témoignent les tranchées, sa muqueuse caduque a presque entièrement disparu sauf au niveau du col, dit Varnier. Et il ajoute : « Il va falloir qu'en quelques semaines cet utérus décroisse au point de se cacher à nouveau dans le bassin, derrière le pubis, où il se perdra dans la masse intestinale redevenue en partie pelvienne : que son col se dégorge, durcisse et se ferme à nouveau, que sa hauteur totale touche à 7 centimètres, son poids à 60 grammes, son épaisseur pariétale à 13 millimètres ; que sa vascularisation diminue des trois quarts en même temps que disparaissent sa sensibilité et sa contractilité, que sa muqueuse enfin se restaure aux dépens de ces quelques débris informes qui la représentaient après la délivrance ».

Ce travail régressif gigantesque, que nous suivrons mieux en parlant de l'involution normale proprement dite, pourra-t-il se faire en neuf, quinze ou vingt jours ?

Quant au second ordre de phénomènes de l'involution, il est d'ordre tout à fait intime. Il consiste dans la disparition des éléments créés dans les tissus de l'organe pour les besoins de l'état gravidique et dans leur remplacement par des éléments nouveaux du type de ceux d'un utérus normal : « Cette partie du travail de régression, dit Doléris, ne succède pas à l'autre ; elle s'accomplit simultanément, quand elle ne la précède pas,

puisque, dès la fin de la grossesse, comme Kölliker l'a démontré le premier, on observe dans l'utérus certaines fibres musculaires déjà frappées de dégénérescence graisseuse, c'est-à-dire de mort ».

L'opinion adoptée aujourd'hui est celle de Robin, de Kölliker, de West, pour lesquels les fibres gravidiques subissent la dégénérescence graisseuse et sont résorbées sur place, reprises par la circulation ou éliminées avec les sécrétions et les exsudats internes, en particulier dans les lochies.

Mais à quel moment du *post-partum* cette dégénérescence graisseuse sera-t-elle terminée? A quel moment la régénération des éléments nouveaux sera-t-elle accomplie?

Vers la quatrième semaine, dit Robin, les premiers rudiments d'une substance utérine nouvelle font leur apparition : « On voit apparaître alors des noyaux dans la couche extérieure de l'utérus, dit-il, puis des cellules ; celles-ci s'allongent en faisceaux et prennent peu à peu la forme de fibres musculaires : c'est le tissu utérin nouveau ». Cette régénération musculaire serait complète en *soixante jours*. Cette opinion est la plus couramment admise.

Mais à côté de la régression du muscle utérin qui est le phénomène saillant du *post-partum*, celui qui de tout temps a fixé l'attention des observateurs, c'est le travail qui se fait dans la cavité même de l'utérus : la restauration, la réédification de la muqueuse.

Pendant les premiers jours de la délivrance, la surface interne de l'utérus est tapissée des débris de la portion la plus profonde de la caduque, et dépourvue de revêtement épithélial protecteur, donc très perméable aux produits septiques introduits éventuellement dans la matrice.

« Bientôt, dit Varnier, du septième au neuvième jour, le travail de reconstitution de la muqueuse est assez avancé pour qu'elle soit déjà moins perméable ; il y a, ajoute cet auteur, un polissage de la muqueuse par régression de ses lambeaux flottants, régénération déjà avancée des glandes et du tissu interglandulaire, régénération déjà commençante de l'épithélium de

surface. La muqueuse est en pleine rénovation, mais encore bien fragile, bien vulnérable, d'où la fréquence des endométrites et de leurs suites éloignées chez des femmes qui *reprennent* à ce moment leurs occupations et le reste!!

» Même au vingt-cinquième jour, la jeune muqueuse, bien qu'en progrès notables, n'a pas activé sa régression et sa restauration..... La coutume s'est établie de laisser les accouchées se lever à la fin de la troisième semaine, c'est-à-dire au vingt et unième jour; il importe que vous soyez convaincus *qu'elles ne sont pas guéries* et qu'il leur faut encore des ménagements et des soins. En effet, lorsqu'on a dépouillé la surface interne d'un utérus de cet âge de la couche grisâtre qui la recouvre, on trouve, tapissant cette surface encore un peu plus étendue qu'à l'état normal, une muqueuse d'un millimètre environ d'épaisseur, muqueuse parcourue de tubes glandulaires perpendiculaires à la surface qui commence à reprendre son aspect finiment criblé. Le revêtement épithélial de ces tubes commence à être réparé; l'extension de l'épithélium hors des orifices glandulaires a refait en grande partie la couche épithéliale de la muqueuse, néanmoins ce revêtement n'est pas encore complet : la muqueuse reste ça et là écorchée, donc *vulnérable* ».

Pour Varnier, ce ne serait, en résumé, que de la cinquième à la sixième semaine après l'accouchement que l'involution de la muqueuse serait parfaite, qu'elle aurait recouvré, avec son réseau capillaire si caractéristique, son aspect, son épaisseur et sa hauteur normales.

La muqueuse de l'aire placentaire demande pour sa rénovation un temps aussi long; ce n'est qu'à la fin de la sixième semaine que la muqueuse sera tapissée d'épithélium et que les thrombus se vasculariseront.

Pour la réfection du col utérin, on admet aussi qu'une période de cinq à six semaines est nécessaire. Stoltz, dans sa thèse, assigne une durée de trente jours à cette involution.

Voici ce qu'en dit Varnier : « Ce qui frappe après la délivrance, outre sa béance (du col), outre sa déchirure à gauche, c'est l'énorme congestion et l'infiltration sanguine dont il est le siège.....

» Dès le septième jour, le col n'a déjà plus que 4 centimètres et demi de long, son orifice interne commence à se resserrer, les plis de la muqueuse se sont rapprochés; au neuvième jour, la muqueuse cervicale montre de délicats plis palmés, sous le revêtement épithélial desquels se voit la charpente conjonctive riche de sang; au quatorzième jour, la muqueuse s'arrête nettement à 4 centimètres environ au-dessus de l'orifice externe. L'orifice externe est encore marqué à l'œil nu par son resserrement plus fort. Au vingt et unième jour, le canal cervical est fermé, l'orifice interne est encore plus resserré et plus net.

» *A la sixième semaine* enfin, le col est complètement reformé, tout en restant plus volumineux que chez les nullipares ».

Comme conclusions nous pourrons donc remarquer que les phénomènes des suites de couches sont d'une importance capitale, surtout en ce qui concerne la régression utérine.

Cette involution, ce retour de l'organe à sa situation primitive, pas d'une façon complète mais à peu de chose près, demande non pas *neuf jours*, non pas quinze jours, mais bien un minimum de *quatre semaines*. Il ne s'agit pas seulement de l'utérus, mais de ses dépendances et des organes qui lui sont physiologiquement annexés. « C'est ainsi que pour être absolue et complète, dit Doléris, l'involution de l'appareil génital doit se faire dans les ligaments utérins, les vaisseaux extra-utérins, les parois vaginales, la musculature du périnée, la paroi abdominale elle-même. En un mot, il faut que tout organe modifié par la grossesse revienne à son état normal ».

---

## DEUXIÈME PARTIE

### Involution normale.

---

#### CHAPITRE PREMIER

##### OPINIONS CLASSIQUES

Lorsqu'on consulte les traités modernes sur la marche et la durée de l'involution de l'utérus, on voit que tous ces traités répètent tantôt les conclusions des thèses de Wieland ou d'Autefage, tantôt les travaux de Charpentier ou de Sinclair. Auvard seul, dans son traité d'accouchements, n'accepte que ses propres recherches.

Jules Guérin arrive aux conclusions suivantes, c'est que dans la plupart de ses observations cliniques (16 sur 21), il a toujours vu que le retrait de l'utérus, derrière ou au niveau du pubis, s'était effectué du troisième au quatrième jour.

Jacquemier établit que ce n'est qu'après douze à quinze jours que l'utérus est complètement caché dans le bassin.

Wieland expose ainsi les conclusions de ses recherches : « Ce n'est que le dixième jour en général, quelquefois le onzième, qu'il a disparu derrière la symphyse pubienne, mais il s'en faut de beaucoup encore, quoique la main n'atteigne plus l'organe par la paroi abdominale, que l'utérus ait repris ses dimensions primitives ». Et comme corroboration de cette idée, il

ajoute encore : « Jamais l'utérus n'était revenu complètement à son état antérieur à la sixième semaine, ni au deuxième mois ».

Autefage est arrivé aux résultats suivants : sur 60 femmes qu'il a mesurées pendant douze jours, l'utérus serait devenu pelvien le douzième jour.

Voici le tableau construit par Autefage, d'après ses 60 observations sur les dimensions de l'utérus :

**Tableau du retrait de l'utérus dans les 12 jours qui suivent l'accouchement**

| JOURS                     | Hauteur réelle de l'utérus | Hauteur du pubis au fond | Largeur du corps | Moyenne de la situation de l'ombilic                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 <sup>er</sup> . . . . . | 16,3                       | 12,5                     | 12,5             | <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 4em; margin-right: 10px;">}</div> <div> 13 c/m. au-dessus<br/>du pubis.<br/><br/> 14 c/m. au-dessous<br/>de l'appendice xi-<br/>phoïde. </div> </div> |
| 2 <sup>e</sup> . . . . .  | 15,1                       | 10,9                     | 12,2             |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3 <sup>e</sup> . . . . .  | 14,4                       | 10                       | 11,3             |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 4 <sup>e</sup> . . . . .  | 13,5                       | 8,8                      | 10,1             |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 5 <sup>e</sup> . . . . .  | 12,7                       | 7,8                      | 9,5              |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 6 <sup>e</sup> . . . . .  | 11,7                       | 6,7                      | 8,9              |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 7 <sup>e</sup> . . . . .  | 11,4                       | 6,3                      | 8,2              |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 8 <sup>e</sup> . . . . .  | 10,6                       | 5,3                      | 7,8              |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 9 <sup>e</sup> . . . . .  | 9                          | 4                        | 6,9              |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 10 <sup>e</sup> . . . . . | 8                          | 3                        | »                |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 11 <sup>e</sup> . . . . . | 7                          | 2                        | »                |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 12 <sup>e</sup> . . . . . | »                          | »                        | »                |                                                                                                                                                                                                                                                         |

Charpentier et Avrard ont fait en moyenne l'hystérométrie le quatorzième jour. Nous voyons par le tableau ci-dessous quels sont les chiffres moyens trouvés par ces deux auteurs d'après 84 mensurations qu'ils pratiquèrent avec l'hystéromètre.

**Tableau de Charpentier et Avrard.**

| Nombre de femmes. | Dimensions de la cavité utérine. |
|-------------------|----------------------------------|
| 7                 | De 6 à 7                         |
| 13                | » 7 à 8                          |
| 28                | » 8 à 9                          |
| Total. . . . 48   | Moyenne. . . . 6 à 9             |
| 11                | De 9 à 10                        |
| 12                | » 10 à 11                        |
| 10                | » 11 à 12                        |
| Total. . . . 33   | Moyenne. . . . 9 à 12            |

D'après ces mensurations, on peut constater que le quatorzième jour du *post-partum*, la cavité utérine mesure environ 9 centimètres, c'est-à-dire 3 centimètres de plus qu'à l'état ordinaire de vacuité et de nulliparité « admettant à 6 centimètres et demi la hauteur de la cavité utérine à l'état de vacuité » (Charpentier).

Sinclair employa comme Charpentier la méthode des mensurations intrinsèques de l'utérus : d'après cet auteur, la cavité utérine est, le dix-septième jour, un peu plus grande qu'à l'état de vacuité, mais pas autant que le dit Charpentier.

Auvard examine 100 femmes par la palpation et le toucher le jour de leur sortie; en établissant des moyennes avec le résultat de ses observations, il arrive aux conclusions suivantes :

Tableau d'Auvard.

| Jours<br>de sortie.         | Nombre<br>de cas. | Hauteur de l'utérus.<br>Cent. |
|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|
| 7 <sup>e</sup> jour . . . . | 5                 | 8 »                           |
| 8 <sup>e</sup> » . . . .    | 16                | 8,75                          |
| 9 <sup>e</sup> » . . . .    | 25                | 8,52                          |
| 10 <sup>e</sup> » . . . .   | 27                | 8,90                          |
| 11 <sup>e</sup> » . . . .   | 18                | 8,41                          |
| 12 <sup>e</sup> » . . . .   | 3                 | 8,33                          |
| 13 <sup>e</sup> » . . . .   | 4                 | 9 »                           |
| 14 <sup>e</sup> » . . . .   | 1                 | 9 »                           |
| 15 <sup>e</sup> » . . . .   | 1                 | 9 »                           |

Comme le fait observer Auvard : « Ces moyennes n'indiquent pas le retrait progressif de l'utérus, car si on les interprétait de la sorte, elles conduiraient à un contre-sens, l'utérus étant plus bas au septième jour qu'au treizième ou quinzième ».

« La seule conclusion légitime, ajoute-t-il, à tirer de ce tableau et je n'en vise aucune autre ici, est d'ailleurs que du septième au quinzième jour, l'utérus, loin de disparaître derrière la symphyse pubienne, se trouve à 8 ou 9 centimètres au-dessus d'elle ».

Ganzinotty (de Nancy), en examinant de nombreuses observations, arrive à classer tous ses tracés en deux catégories : « Dans

une première catégorie, le fond de l'utérus disparaît derrière le pubis du onzième au douzième jour des couches : c'est une involution rapide.

» Dans une seconde catégorie, le fond utérin cesse d'être perceptible du quatorzième au seizième jour seulement : c'est une involution lente ».

Silvie, dans sa thèse, arrive aux mêmes conclusions qu'Auvard sur le retrait de l'utérus.

Enfin Camacho, employant et l'hystérométrie interne et la mensuration sus-pubienne pour apprécier le retrait utérin dans le *post-partum*, conclut que l'involution est terminée le douzième jour.

### Recherches personnelles.

Pour apprécier les modifications du volume de l'utérus en involution, la plupart des auteurs se sont servis de différents procédés. Nous ne ferons pas ici la critique du manuel opératoire employé par chacun d'eux ; nous nous bornerons seulement à indiquer qu'ayant fait, nous aussi, quelques recherches au sujet de la régression de l'utérus, nous nous sommes servi du procédé de Ganzinotty, c'est-à-dire de la mensuration sus-pubienne. Nous avons pu aussi mesurer la largeur et la hauteur de l'utérus à partir de la symphyse, sur 50 accouchées du service de M. le professeur Lefour. Ayant établi une moyenne, nous sommes en désaccord, par nos chiffres, avec des travaux récents, et jamais nous n'avons trouvé d'utérus *redevenu pelvien le douzième jour*.

Pour faire nos mensurations par ce procédé, nous n'avons employé ni le double décimètre, ni le ruban métrique ; nous nous sommes simplement servi du compas ou céphalomètre de Baudelocque, qui permet de prendre et la hauteur et la longueur du corps utérin. Une des branches est appuyée sur le bord de la symphyse pubienne, et avec l'autre on déprime fortement la paroi abdominale, pour arriver sur le milieu du fond utérin. Ce procédé nous a paru excellent, simple, et surtout n'exposant la femme à aucune complication septique.

Nous aurions désiré mesurer la hauteur totale de l'utérus, en employant le procédé de Depaul-Autefage, procédé dans lequel une des branches du compas est appuyée sur le col utérin, et l'autre à travers la paroi abdominale vient sentir le fond utérin. Deux raisons nous en ont empêché. D'une part, en effet, nous avons essuyé le mauvais vouloir et le refus des malades, qu'effrayaient les branches de l'instrument, si effilées quoique mousses à leur extrémité. D'un autre côté nous préférons être traité de timoré et de craintif, mais de peur d'accidents septiques, chez ces convalescentes qui toutes n'en présentaient point, nous avons mis en pratique les préceptes de Crédé : « Il faut proscrire ou tout au moins réduire au minimum les explorations internes chez les parturientes ».

Nous avons joint à la mensuration sus-pubienne le toucher bi-manuel, les doigts bien aseptisés. Grâce à lui nous nous sommes rendu compte de la déviation utérine, de la forme, de la consistance, de la mobilité et de la sensibilité de l'utérus.

**Moyenne journalière de mensuration sus-pubienne, prise sur cinquante accouchées du service de M. le professeur Lefour.**

| Jours                        | Hauteur sus-pubienne | Largeur du corps |
|------------------------------|----------------------|------------------|
| Délivrance. . .              | 12,6                 | 11,4             |
| 1 <sup>er</sup> jour . . . . | 11,7                 | 10,3             |
| 2 <sup>e</sup> » . . . . .   | 10,6                 | 9,7              |
| 3 <sup>e</sup> » . . . . .   | 9,8                  | 8,6              |
| 4 <sup>e</sup> » . . . . .   | 8,7                  | 7,9              |
| 5 <sup>e</sup> » . . . . .   | 8                    | 6,8              |
| 6 <sup>e</sup> » . . . . .   | 7,4                  | 6,6              |
| 7 <sup>e</sup> » . . . . .   | 6,8                  | 5,3              |
| 8 <sup>e</sup> » . . . . .   | 6,1                  | 5,1              |
| 9 <sup>e</sup> » . . . . .   | 5,2                  | 4,8              |
| 10 <sup>e</sup> » . . . . .  | 4,3                  | 4,4              |
| 11 <sup>e</sup> » . . . . .  | 3,1                  | 4,2              |

*Nota :* 1° Nous nous sommes toujours assuré de la vacuité de la vessie, avant de prendre ces mensurations.

2° Quand l'utérus était latéro-dévié (comme cela arrive dans 76 p. 100 des cas (Camacho), nous avons pris la hauteur sur la

ligne médiane en réduisant au préalable la déviation ou bien nous avons pris la hauteur en suivant l'axe d'inclinaison et non l'axe vertical.

Nous sommes arrivé aux conclusions suivantes, à savoir que la plupart des accouchées quittaient leur lit, *malgré l'avis du chef de service*, avec un utérus qui n'avait pas encore fini son involution. En effet, même au dixième jour, nous n'avons point trouvé d'utérus qui soit caché derrière la symphyse : nous nous permettons de faire remarquer que l'utérus, bien loin d'avoir repris ses dimensions vers le onzième ou le douzième jour comme le veulent certains auteurs, est encore à cette époque volumineux et ne revient définitivement à son volume primitif qu'à une époque beaucoup plus éloignée de l'accouchement.

Nous aurions désiré revoir ces femmes quelques semaines après leur sortie de la clinique, malheureusement, malgré la consultation gratuite que M. le professeur Lefour a spécialement instituée pour les femmes récemment accouchées, le mercredi à une heure, nous n'avons jamais revu, comme d'ailleurs nos prédécesseurs, *une femme accouchée revenir à cette consultation.*

---

## OBSERVATIONS

Dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé FIEUX et prises dans le service de M. le professeur LEFOUR.

### OBSERVATION I

**Femme à terme morte d'éclampsie vingt-quatre heures après l'accouchement.**

|                                                            |                                          |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse pubienne. . . | 12 centimètres.                          |
| Utérus hors du ventre. {                                   | Dimension verticale . . . . . 19    "    |
|                                                            | Dimension transversale . . . . . 12    " |
|                                                            | Segment cervico-utérin . . . . . 6    "  |

### OBSERVATION II

**Femme à terme morte d'éclampsie le troisième jour après l'accouchement.**

|                                                       |                                                   |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse. . . . . | 10 centimètres.                                   |
| Utérus hors du ventre. {                              | Dimension verticale . . . . . 15    "             |
|                                                       | Dimension transversale . . . . . 102 millimètres. |
|                                                       | Segment cervico-utérin . . . . . 5 centimètres.   |

### OBSERVATION III

**Primipare à terme morte d'embolie le septième jour après l'accouchement.**

|                                                        |                                           |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse . . . . . | 8 centimètres.                            |
| Utérus hors du ventre. {                               | Poids de l'utérus . . . . . 530 grammes.  |
|                                                        | Hauteur totale. . . . . 15 centimètres.   |
|                                                        | Longueur du col . . . . . 4    "          |
|                                                        | Hauteur du segment inférieur . . . 2    " |

OBSERVATION IV

**Primipare morte d'infection à la suite de rétention de débris placentaires  
le septième jour après l'accouchement.**

|                                                       |                                         |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse. . . . . | 8 centimètres.                          |
| Utérus hors du ventre. {                              | En antéflexion. . . . . 13 centimètres. |
|                                                       | Antéflexion réduite . . . . . 12 »      |

*Nota.* — Cet utérus présentait une antéflexion très prononcée de son corps sur le col.

OBSERVATION V

**Primipare morte d'embolie le onzième jour après l'accouchement.**

|                                                        |                                              |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse . . . . . | 8 centimètres.                               |
| Utérus hors du ventre. {                               | Poids de l'utérus . . . . . 316 grammes.     |
|                                                        | Dimension verticale. . . . . 15 centimètres. |
|                                                        | Dimension transversale. . . . . 12 »         |

OBSERVATION VI

**Primipare morte d'embolie le quatorzième jour après l'accouchement.**

|                                                       |                                                   |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse. . . . . | 4 centimètres.                                    |
| Utérus hors du ventre. {                              | Poids . . . . . 355 grammes.                      |
|                                                       | Hauteur totale . . . . . 14 centimètres.          |
|                                                       | Hauteur du col . . . . . 3 »                      |
|                                                       | Epaiss. max. des parois utérines. 20 millimètres. |

## CHAPITRE II

### RAPPORT DU LEVER PRÉMATURÉ AVEC QUELQUES MALADIES GYNÉCOLOGIQUES

Nous connaissons maintenant les modifications anatomiques et physiologiques de l'utérus pendant le *post-partum* et les dimensions de cet organe fournies par les mensurations cliniques.

Grâce à la connaissance de ces mensurations, nous savons maintenant d'une manière certaine que les femmes qui sortent de la maternité le dixième ou le onzième jour possèdent un utérus qui n'est pas revenu à ses dimensions normales. « *La femme ne peut se lever après l'accouchement, disent Pinard, Budin, Maygrier, Porack, que lorsque l'utérus est redevenu organe pelvien, c'est-à-dire après 18 ou 25 jours; elle ne doit pas sortir avant la fin de la quatrième semaine ou même de la cinquième* ». Tant que durera donc la période d'involution, l'utérus sera en état d'imminence morbide, c'est-à-dire, comme l'écrit Avrard, « que telle cause qui, à l'état physiologique, ne produirait aucun effet, deviendra alors le point de départ d'une maladie longue et rebelle ».

» Mais ce que nous devons dire dès à présent, ajoute-t-il, c'est que les désordres qui en résultent ne s'établissent pas rapidement dans la plupart des cas. Il faut souvent remonter à plusieurs années pour retrouver le début de l'affection ».

Faut-il donc s'étonner de voir chaque jour tant de femmes, jouissant d'une santé parfaite jusqu'à l'époque d'un premier accouchement, devenir ensuite souffrantes, puisque chez elles la matrice n'a point repris son volume primitif? Si en effet dans

la classe aisée de la société, il est plus ou moins facile au médecin de faire tout d'abord garder le lit pendant quinze ou vingt jours au minimum à la nouvelle accouchée, puis d'obtenir du repos pendant les premières semaines qui suivent l'accouchement; dans la classe ouvrière cela devient à peu près impossible, et les conseils du médecin viennent se heurter soit à des exigences matérielles, soit à des idées bien arrêtées, et dont il est souvent fort difficile pour ne pas dire impossible de triompher. Combien de fois, en effet, ne nous est-il pas arrivé, dans le service de M. le professeur Lefour, de voir des femmes qui, accouchées depuis *huit à neuf jours*, demandaient à se lever? Devant des conseils donnés avec bienveillance elles consentaient à garder le lit, mais, le *onzième jour*, il était impossible de les empêcher de quitter le lit et quelques heures plus tard de partir.

Or, que devenaient alors le plus grand nombre de ces femmes qui, quittant la clinique le onzième jour, avaient encore un utérus gros, puisque nous avons vu que même le dix-septième jour (Charpentier, Sinclair, Guyon, Autefage), la cavité utérine, mesurée à l'hystéromètre, avait une capacité supérieure à celle de l'état de vacuité? Elles allaient, pour la plupart, se livrer à des travaux pénibles; quelques-unes rentraient dans leur ménage, où elles allaient être soumises tout à la fois et aux fatigues du ménage et aux exigences de la vie conjugale.

Dans ces conditions, pensez-vous que l'involution de l'utérus puisse se faire normalement, et que ce lever prématuré, joint aux fatigues des premiers jours qui suivent, ne soit pas une des causes principales de l'arrêt ou du défaut de régression, se traduisant par cet état particulier d'hypertrophie de l'utérus, état que l'on désigne sous le nom de *sub-involution*? Qu'est-ce donc que la sub-involution?

Simpson (d'Edimbourg) attira le premier, en 1852, l'attention sur un état particulier de l'utérus *post-partum* se traduisant extérieurement par ce premier signe, la persistance du volume exagéré de l'organe. Quelques années plus tard, Snow-Beck traitait de nouveau cette question en rapportant une observation d'une nouvelle maladie de l'utérus. Grâce à ces auteurs,

d'autres cas furent signalés et bientôt la sub-involution vint prendre place à côté de l'involution normale comme n'étant autre chose qu'une régression arrêtée dans sa marche. « Cet état, dit Camacho, conquiert encore le droit de cité dans le cadre nosologique et on trouve des ouvrages, des écrits, dans lesquels la sub-involution est considérée comme une entité morbide spéciale » ; au lieu de la considérer, selon nous, comme résultant du traumatisme d'un lever prématuré.

Au caractère d'hypertrophie utérine, Doléris ajoute la flaccidité du tissu utérin, la tendance aux hémorragies, la production d'exsudats interstitiels et de sécrétions ; « il est habituel aussi, ajoute cet auteur, que la matrice soit déplacée, et qu'en raison de la flaccidité coexistente des ligaments, on la trouve abaissée et reposant, pour ainsi dire, à l'état de flexion antérieure ou postérieure sur le plancher pelvien ».

Le mécanisme de l'arrêt d'involution a été expliqué de diverses manières : Snow-Beck le premier put faire l'étude histologique d'un utérus en sub-involution. Cet auteur admet que la sub-involution est due à l'absence de dégénérescence graisseuse des fibres : « Ce retard serait imputable à la contraction insuffisante de l'utérus sur lui-même et surtout des parois de ses vaisseaux nourriciers, ceux-ci entretenant dans l'organe un afflux sanguin favorable à la persistance de l'état hypertrophique propre à la grossesse. Dans ces conditions de réplétion sanguine anormalement persistante, la mort des cellules destinées à disparaître se trouve plus ou moins retardée » (Doléris).

D'autres auteurs, et en particulier Finn, en font presque uniquement de l'hypertrophie musculaire ; Virchow et Foster acceptèrent cette hypertrophie, mais dans laquelle fibres musculaires et tissu conjonctif seraient augmentés de volume. Scanzoni et de Sinéty accordaient plus d'importance à l'hyperplasie et lui donnaient une origine inflammatoire ; tandis que Seifert et Säxinger (de Prague) n'acceptaient pas cette opinion. West accepte l'origine inflammatoire ; pour lui, contrairement à l'opinion émise par Snow-Beck, il y aurait manque de résorp-

tion après la dégénérescence graisseuse qui ne fait jamais défaut. Rindsfleisch a expliqué que la dissociation des corps gras et des matières protéiques, comme on l'observe dans la dégénérescence graisseuse, s'accompagne d'une augmentation de volume des tissus, ce qui, ici, rendrait compte assez bien de la persistance du volume exagéré de l'utérus. Courty n'accepte pas cette idée qui conduirait à admettre la transformation totale de la matrice en éléments adipeux; il se rallie à la première idée de l'hypertrophie prolongée par persistance de la vascularisation utérine. Doléris, qui a fait une étude très complète de la question, n'accepte pas l'origine inflammatoire.

Par ce très succinct résumé des opinions sur l'histologie pathologique de la sub-involution, nous voyons que le désaccord a régné parmi les auteurs, et qu'aujourd'hui même l'accord est loin d'être complet.

Bien des causes sont susceptibles de provoquer la sub-involution. Les uns, avec West, admettent l'influence de l'infection puerpérale; d'autres, avec Aran, donnent la priorité aux traumatismes obstétricaux, soit opérations obstétricales, soit déchirures du col et du périnée; d'autres, soit à la rétention d'urine, soit aux troubles circulatoires locaux, soit à la rétention de débris placentaires ou décidaux, soit aux déviations utérines.

« Il n'y a pas de causes plus certaines de la sub-involution que les déviations, proclame Doléris : la rétroversion et l'antéflexion exagérées; la déclivité favorise la lenteur de la dénutrition, et la gêne circulatoire entretient la congestion passive ». On a invoqué aussi comme cause l'allaitement maternel : cette question a été fort débattue et l'est encore. Pour Wieland, l'involution régulière serait retardée au moment de la montée du lait. Doléris, au contraire, dit que cette involution marcherait plus activement lorsque la sécrétion lactée est entretenue d'une façon suivie. Pour Segay (de Bordeaux), l'allaitement maternel est la prophylaxie la plus sûre de la congestion, le meilleur moyen de favoriser après l'accouchement le retour des tissus, des organes, des fonctions à leur état premier, « et de prévenir la plupart des altérations ou états pathologiques attribués à l'accouchement et aux suites de couches ».

A cette liste déjà longue des causes présumées de la sub-involution, nous devons en ajouter beaucoup d'autres qui ont été invoquées tour à tour par les auteurs, telles les maladies infectieuses : fièvre typhoïde, impaludisme, cachexie strumeuse et syphilitique, infections rénales et même diathésiques, telle l'obésité. Enfin, pour terminer cette énumération étiologique, nous devons mentionner le surmenage utérin par grossesses répétées et sans interruptions, signalé par Doléris.

Quant à nous, nous désirons insister sur une des causes les plus importantes de sub involution : les écarts d'hygiène *post-partum*, c'est-à-dire le lever prématuré, les exercices fatigants dans les premiers jours, les rapports conjugaux.

Parmi les auteurs, Tanquez dit : « La marche, la fatigue, le poids de l'utérus favorisent la congestion de son système vasculaire, d'autant plus que les vaisseaux sont encore dilatés à ce moment là ». Et Doléris : «..... C'est surtout dans les centres populeux et dans la classe laborieuse, où le lever prématuré et la fatigue professionnelle après les couches s'ajoutent aux privations et à la mauvaise hygiène, que la sub-involution acquiert son maximum de fréquence et d'intensité ».

Enfin Pozzi, dans son Traité de gynécologie, écrit : « La parturition est une des causes les plus fréquentes de métrites. Après l'accouchement, l'utérus est dans un état d'hyperplasie et de congestion qui demande, pour se dissiper progressivement, des conditions hygiéniques spéciales. Or, ces conditions sont très fréquemment négligées soit par incurie dans les classes aisées, soit par nécessité dans les classes laborieuses. Il n'y a pas très longtemps encore que les accoucheurs les plus renommés — et Cazeaux à leur tête — considéraient comme suffisant un repos de quinze à vingt jours. Il n'y a pas de règles fixes à cet égard : on doit attendre, en général, que l'utérus ait repris son volume normal. Sans cela on voit survenir ce que Guérin appelle l'*engorgement post-puerpéral*, qui n'est autre chose que la *métrite post-puerpérale* de Chomel, l'*arrêt d'involution* de Simpson, la *métrite chronique* ou *infarctus utérin* des anciens auteurs (métrite catarrhale et métrite douloureuse »).

Nos observations personnelles rendront mieux compte que toute explication de l'influence des écarts d'hygiène *post-partum* comme cause de sub-involution utérine. Et s'il nous est permis maintenant d'exprimer notre opinion sur la manière dont peuvent agir ces différentes causes, nous rangeant à l'opinion d'Avrard, nous dirons : « Elles agissent en entretenant dans l'utérus encore hypertrophié un état congestif qui aura pour effet, en entretenant la dilatation des vaisseaux et en y faisant affluer le sang, de maintenir dans l'organe une nutrition plus active et par suite d'empêcher, ou tout au moins de retarder, le retrait physiologique qui se fait précisément, grâce à la dégénérescence granulo-graisseuse que doivent subir les différents éléments anatomiques de l'utérus. C'est du moins l'opinion la plus admise aujourd'hui. « De plus, dit Avrard, la circulation veineuse et lymphatique étant profondément troublée, les éléments de l'utérus ancien sont peu ou point résorbés, même dans le cas où ils ont subi la dégénérescence grasseuse ».

Ainsi donc, l'utérus restera gros, volumineux, *le col béant laissera aux germes pathogènes un libre accès vers la cavité utérine*, et on verra apparaître chez les femmes certaines affections que l'on désigne dans le langage ordinaire sous le nom de *maladies de femmes* et qui ont presque toutes comme point de départ ce lever prématuré. « Chez les unes (les accouchées), écrit encore Avrard, il pourra y avoir, par exemple, excès de fatigue et coït prématuré; chez les autres, excès de fatigue et lever anticipé : toutes causes qui auront pour effet d'entretenir une inflammation plutôt subaiguë que franchement aiguë de la matrice. Cet état persistant par suite de la non-régression des éléments anatomiques, l'inflammation passe bientôt à l'état chronique ».

Aran évalue aux deux tiers environ de toutes les affections utéro-ovariennes celles qui viennent après l'accouchement et l'avortement; à un quart, celles qui atteignent les accouchées en dehors d'une relation directe avec la parturition; à un dixième, celles que l'on observe chez les femmes vierges et nullipares.

Et nous ne pourrions mieux faire, pour terminer ces quelques considérations sur l'hygiène sévère qui doit être imposée aux nouvelles accouchées, et en particulier sur le repos sévère qu'elles doivent observer, que de citer ce passage de Ribemont-Dessaignes dans l'introduction du Manuel du D<sup>r</sup> Winckler :

« On trouverait difficilement dans la vie de la femme, en dehors des suites de couches, un état qui fût à un plus haut degré voisin de santé et de maladie tout à la fois. De plus, aucun processus ne montre plus clairement que nulle limite tranchée n'existe entre la physiologie et la pathologie, et surtout que ces conceptions sont seulement relatives, comme l'est d'ailleurs en lui et pour lui-même, chaque stade physiologique du développement de la femme.

»..... La rapidité et l'énormité des changements qui se produisent alors dans l'état général et dans toutes les fonctions; les métamorphoses qui s'accomplissent alors, la part qu'y prennent de nombreux organes, la transformation totale même de ceux-ci, qui s'opère régulièrement pendant les suites de couches rendent fréquente et facile la production de troubles dans un semblable processus et font comprendre combien il est difficile de délimiter la maladie proprement dite de l'état de santé.

»..... Quelque faciles et physiologiques, quelque heureux qu'aient été la gravidité et l'accouchement, chaque accouchée n'en est pas moins, à un haut degré, prédisposée aux maladies puerpérales. Le mot pathétique du vieux gynécologiste Chambon de Montaux que : « La femme est un être que la nature fait marcher en tous temps près d'un abîme toujours prêt à l'engloutir », a une réelle valeur appliquée à l'état puerpéral.

» Mainte accouchée d'ailleurs est coupable de ces affections primitives, qui entraînant si souvent à leur suite le retour d'un état pathologique ou une plus grande prédisposition aux affections morbides, font que la plus légère altération peut acquérir une importance fâcheuse. Toute femme, par exemple, qui fait des efforts corporels trop hâtifs ou quitte trop tôt son lit, s'expose à de fâcheux accidents. Cette imprudence est commise par les femmes pauvres et dépourvues de secours, et aussi par

celles qui, plus heureuses, n'usent de leurs forces que pour compromettre, par une sorte de bravade, un état général jusqu'alors excellent. Cela arrive plus souvent qu'on ne le pense dans les maternités comme dans la pratique. Les malades, ne comprenant pas pourquoi elles doivent rester si longtemps couchées, tiennent les soins du chef de service ou du médecin pour exagérés et n'écoutent pas ses avis. Beaucoup d'hémorrhagies secondaires au huitième, neuvième jour des couches n'ont d'autre origine que ces imprudences, et dans nombre de cas nous pouvons, malgré les dénégations des coupables, les considérer comme coupables de ces pertes qui surviennent soudainement et cèdent bientôt, d'ailleurs, à *un repos absolu*, pourvu qu'antérieurement il n'existât aucune affection locale. Déplacements de l'utérus, syncopes secondaires, voire même thromboses et embolies peuvent se produire dans les mêmes circonstances. Il faut savoir en outre que tous les efforts violents faits, même dans le lit, sont dangereux ; ceux qui, par exemple, sont nécessaires pour prendre l'enfant dans son berceau situé un peu plus loin, ou pour se peigner, pour s'asseoir souvent et trop brusquement, pour aller à la garde-robe. Si le repos du corps est nécessaire dans les premières semaines des suites de couches, la tranquillité d'esprit n'est pas moins indispensable. On doit tenir écarté de l'accouchée tout ce qui peut exciter ou déprimer son esprit ».

Donc nous pouvons affirmer déjà, par ces quelques opinions classiques, que le repos sévère est nécessaire après l'accouchement : nous nous en occuperons plus complètement dans le chapitre où nous poserons la question : A quel moment la femme doit-elle quitter son lit après l'accouchement ?

L'absence de repos est une des causes auxquelles il est permis d'attribuer légitimement le retard de l'involution utérine : elle est suffisante à bien des points de vue pour expliquer le grand nombre d'affections utérines et péri-utérines que nous observons chaque jour dans les services hospitaliers.

Nous nous proposons maintenant de dire quelques mots de ces diverses affections, non pas en les étudiant en détail, ce qui

nous obligerait à dépasser les limites de ce modeste travail, mais en montrant qu'elles proviennent le plus souvent de l'arrêt de l'involution utérine, consécutif à un lever prématuré.

### Métrite chronique.

Parmi les affections utérines consécutives à la sub-involution utérine, la métrite chronique est certainement la plus fréquente. Tout d'abord désignée sous le nom *d'engorgement utérin*, puis de *métrite post-purpérale* par Chomel, ce n'est que plus tard qu'elle reçut sa dénomination actuelle.

Quel que soit le nom donné à l'affection, ce que nous désirons indiquer, c'est que tous les auteurs qui se sont occupés des affections utérines ont constaté fort souvent l'existence de la métrite chronique à la suite d'un accouchement ou d'un avortement, par suite de l'involution incomplète de l'organe.

Chomel disait, en 1847 : « Le caractère particulier de cette affection, et ce qui conduit à la distinguer des autres formes de la métrite, et à lui imposer le nom particulier qu'elle porte, c'est que cette affection se développe chez des femmes récemment accouchées, non pas quelques jours après l'accouchement, mais bien, dix, quinze, vingt, trente jours après l'accouchement, et toujours à une époque où l'utérus n'a pas repris son volume normal. Aussi est-ce en général chez des femmes du peuple, qui, imbues de ce *préjugé des neuf jours*, ont quitté prématurément la maternité pour reprendre des travaux utiles à leur famille, ou chez des femmes qui y sont restées moins encore, pour laisser aussi peu que possible trace de leur passage, que l'on a l'occasion d'observer la métrite post-puerpérale. On peut la trouver également chez des femmes des classes plus élevées, lorsque par des circonstances spéciales ces femmes ont voulu quitter le lit et rentrer trop tôt dans la vie ordinaire..... En résumé, une maladie à début lent et progressif, à marche également lente, développée chez une femme qui est accouchée peu de temps auparavant, et qui a *quitté prématurément* la position horizontale ».

Scanzoni : « Ce sont les couches qui jouent le plus grand rôle dans l'étiologie de la métrite chronique : lorsque le retrait de l'utérus n'a pas eu son cours normal, par suite d'une inflammation survenue pendant les couches, ou d'une mauvaise hygiène suivie après. Les accouchées commettent souvent la grande faute de quitter trop tôt leur lit : on ne saurait fixer à l'avance le jour où l'accouchée pourra se lever et vaquer à ses occupations domestiques ».

Dans sa thèse inaugurale (1879), Fauquez fait remarquer « qu'il fut frappé de voir tant de femmes atteintes de métrites chroniques dans les services hospitaliers. Chez ces malades, l'utérus, notablement hypertrophié, dépassait les pubis, était lourd à déplacer, presque toujours abaissé ou renversé, présentant une augmentation de volume et un agrandissement considérable de sa cavité, facile à constater au moyen de l'hystéromètre. J'ai eu l'idée de rechercher avec soin dans quelles circonstances s'étaient produites ces augmentations de volume, et sauf des cas assez rares où la métrite chronique s'était déclarée soit chez de jeunes mariées, soit chez des nullipares à la suite d'abus sexuels, ou avait succédé à une métrite puerpérale, ou à une congestion permanente, nous avons toujours trouvé qu'elles s'étaient établies chez des femmes qui avaient négligé de prendre les précautions les plus élémentaires après l'accouchement. Ces femmes, *trop tôt après la délivrance*, avaient quitté leur lit, étaient sorties, avaient repris des travaux souvent très pénibles et s'étaient livrées trop prématurément aux rapports du mariage... Nous nous sommes demandé si l'augmentation de volume si considérable de l'utérus que nous avons souvent rencontrée, si l'augmentation énorme de la cavité de cet organe qui l'accompagne, devaient être exclusivement considérées comme le résultat du travail inflammatoire d'où résulte la métrite. Ou bien si plutôt, dans ce cas là, la métrite n'avait pas frappé un organe incomplètement revenu sur lui-même, arrêté dans son travail de régression, l'arrêt d'involution agissant comme cause irritative et favorisant le développement des conditions qui produisent la métrite chronique ».

Aran considère la métrite chronique comme succédant le plus souvent à un accouchement laborieux et surtout aux imprudences commises à la suite de l'accouchement, « à la reprise prématurée des fatigues et des occupations ordinaires de la vie, à celle des rapports sexuels ».

Courty n'est pas moins affirmatif quand il dit : « L'avortement, les imprudences comme celles de se lever trop tôt après l'accouchement, les rapports sexuels trop prématurés, telles sont les causes les plus fréquentes de la métrite chronique ».

Gallard reconnaît aussi, comme pouvant donner naissance à la métrite chronique, un lever prématuré : « C'est ce qui arrive, dit-il, lorsque, malgré toutes nos recommandations, une femme se lève trop peu de temps après être accouchée; et, pour ma part, je ne connais rien de plus dangereux que cette habitude, si populaire, de *limiter à neuf jours* la durée du repos que les femmes prennent après leur accouchement. Je voudrais voir ce repos continuer pendant vingt ou vingt-cinq jours au moins, et on éviterait ainsi bien des phlegmasies du système génital interne qui ne reconnaissent pas d'autres causes que ces fatigues prématurées. Cette cause, lever prématuré avant le retour complet de l'utérus, peut amener une métrite chronique qui a ceci de particulier qu'elle suspend l'utérus au milieu du travail d'évolution régressive qui devait le ramener à ses dimensions physiques et normales à la suite de l'accouchement, et qu'elle empêche ce travail ».

Enfin Martineau s'exprime ainsi : « Les fausses couches, les *exercices prématurés après l'accouchement* semblent, plus que toute autre cause, disposer l'utérus à devenir malade et l'exposer davantage aux engorgements, aux congestions tenaces, aux inflammations chroniques ».

Les citations qui précèdent suffisent certainement pour prouver l'exactitude du fait que nous avançons, à savoir que la métrite chronique naît le plus souvent d'un arrêt de régression de l'involution utérine, consécutif à un lever prématuré. Elles détruisent aussi cette opinion que Camacho exposait il y a quelque temps, à savoir que l'infection puerpérale est la seule

véritable cause de tous les arrêts dans la régression. Or, nous ne croyons pas du tout que cette manière de voir soit en conformité avec les faits. En particulier, cela ne ressort nullement des travaux de Doléris sur les fausses métrites : « La sub-involution, dit cet auteur, est l'arrêt de l'involution normale du tissu utérin à la suite de l'accouchement ou de l'avortement; elle occupe une place importante dans l'histoire *des états pathologiques non inflammatoires* de l'utérus. Il n'est plus douteux aujourd'hui que l'incomplète régression du tissu utérin figure, dans beaucoup de cas, comme le point de départ de métrite catarrhale des plus tenaces. Le caractère par lequel se manifeste cette sub-involution est la persistance du volume exagéré de l'organe, la tendance aux hémorrhagies, la production exagérée d'exsudats interstitiels et de sécrétions, en un mot il y a congestion de l'organe. « Que la *congestion*, dit Pierra, *favorise, prépare l'infection*, qu'elle fasse un lit à la métrite, ce n'est pas douteux! »

### Prolapsus utérin.

Désigné suivant son degré sous le nom d'abaissement, de descente ou de chute, cet état se présente toutes les fois qu'il y a eu rupture ou relâchement des ligaments suspenseurs. Pour que cette rupture ou tout au moins ce relâchement des ligaments suspenseurs ait lieu, il faut une traction assez puissante, puisque des expériences faites à ce sujet ont montré qu'il fallait employer des forces assez considérables pour amener le col à la vulve. Il est vrai que l'on trouve dans la science des exemples où une simple chute, un effort violent ont rompu les ligaments utéro-sacrés. Mais il nous semble que ces cas doivent être rares, quand l'utérus a son volume normal, à moins qu'on n'ait affaire à des femmes qui, par suite de la flaccidité de leurs tissus, soient prédisposées à ces sortes d'accidents.

Fort heureusement, cette coïncidence est rare, mais le prolapsus est encore moins fréquent. Et s'il est permis de l'observer chez des femmes stériles, chez des jeunes filles, même à la

suite de rupture des ligaments par une des causes signalées ci-dessus, il est incontestable qu'il se montre beaucoup plus souvent chez les femmes qui, ayant été mères, ont conservé un utérus hypertrophié.

Dans ces conditions, en effet, on comprend facilement que les ligaments cèdent sous le poids de l'organe, soit à la suite d'un traumatisme, soit simplement « par suite de la persistance d'action du poids de la matrice, augmenté de la pression exercée par les organes abdominaux, d'autant plus que chez la femme qui a eu un enfant, la vulve, le plancher périnéal et les parties voisines sont moins résistantes que chez la femme vierge » (Chenet).

Churchill, sans nier absolument l'influence du relâchement, considère le prolapsus comme dépendant de l'état du vagin. C'est ce qui expliquerait pour lui la fréquence du prolapsus après l'accouchement (ce canal restant alors dilaté et ses parois moins résistantes), lorsque l'hypertrophie d'un utérus sub-involué rend celui-ci plus pesant.

On lit dans le traité de Bernutz et Goupil : « Le plus souvent, la chute de l'utérus survient lentement ou très souvent peu de temps après un ou plusieurs accouchements. Dans ces cas l'accouchement a été tantôt pénible, et l'utérus plus ou moins tirailé; tantôt, au contraire, l'accouchement a été simple et naturel, mais il avait été précédé de parturitions plus ou moins nombreuses. Dans l'une et l'autre de ces circonstances, ce n'est habituellement que quand la malade s'est levée et a commencé à marcher que le col de la matrice s'abaisse jusqu'à l'orifice vulvaire, surtout lorsque les femmes *ont repris leurs occupations quelques jours après la délivrance* et qu'elles sont astreintes à des occupations pénibles et fatigantes ».

Becquerel reconnaît aussi comme causes du prolapsus toutes les lésions qui ont pour conséquence l'augmentation de poids et de volume de l'organe, donc l'hypertrophie consécutive à la sub-involution. « C'est surtout lorsque ces efforts et ces travaux *sont repris trop rapidement après l'accouchement*, que l'on voit la chute de la matrice se produire avec une très grande faci-

lité : on peut même dire que *cette cause est la plus certaine de cet état morbide* ».

Par une statistique portant sur 1.440 femmes, Mayer a montré que cette chute de l'utérus était plus fréquente chez les femmes appartenant à la classe ouvrière. Or, ceci vient à l'appui de notre opinion, et nous pouvons en trouver l'explication, il nous semble, dans le fait que les femmes de cette classe se lèvent, reprennent leurs occupations quotidiennes et fatigantes beaucoup plus tôt que ne le font les femmes de la classe aisée. Par conséquent, comme nous l'avons montré, l'involution de la matrice se fera anormalement, en supposant même qu'elle s'accomplisse. En tous cas l'utérus restera hypertrophié plus longtemps. Pendant ce temps, les fatigues, les mouvements violents, les efforts auxquels seront soumises ces malheureuses femmes contribueront à faire naître un abaissement, une descente ou une chute de la matrice.

« Or une régression incomplète de l'utérus n'est point une chose négligeable, dit Poulat, dans sa thèse inaugurale. Voyez par exemple, ajoute-t-il, ce que disent sur ces hypertrophies passives, Siredey et Danlos dans leur article du Dictionnaire Jaccoud : « Aussi les fatigues, l'imprudence, la marche trop tôt après l'accouchement trouvent-elles tout disposé de la façon la plus favorable pour faciliter la production du prolapsus. D'un côté, en effet, des moyens de suspension et de fixation relâchés et de l'autre un organe lourd, tendant par conséquent davantage à s'abaisser par le seul fait de son poids ».

Terminons cette longue énumération en citant le passage de son livre qui résume l'opinion d'Aran sur cette question : « Le plus souvent, cependant, c'est à la suite de maladies aiguës ou chroniques de l'utérus ou de ses annexes, les unes d'origine inflammatoire, les autres *simplement congestives*, qu'on voit survenir les déplacements. La puerpéralité joue ici un rôle d'autant plus important, qu'après l'accouchement les ligaments distendus et ramollis n'offrent aucune espèce de résistance ».

Si donc les ligaments n'offrent plus une résistance suffisante, il est facile de s'expliquer les prolapsus et les divers déplace-

ments qui peuvent se produire chez les femmes se levant trop tôt, ou se livrant à des travaux pénibles après leur accouchement.

### Déviation utérines.

On les définit ainsi d'habitude : Des maladies dans lesquelles l'altération des conditions mécaniques de l'utérus joue le principal rôle et entraîne, comme élément caractéristique, l'altération des rapports de cet organe avec les organes voisins.

On admet en général comme causes déterminantes habituelles des déviations : la métrite chronique, les grossesses répétées, le surmenage physique, les efforts, la station debout, *le lever prématuré après l'accouchement*, les déchirures du périnée, les prédispositions organiques. « La cause de la rétroflexion, dit Richelot, réside dans un relâchement des tissus fibreux et musculaires que l'on observe principalement chez les *neuro-arthritiques* ».

Levret puis Lisfranc ont attribué à « l'engorgement, résidant soit sur le segment antérieur, soit sur le segment postérieur de la matrice », la cause de l'inclinaison de cet organe, soit en antéverson, soit en rétroversion.

Pour Churchill, les déplacements de l'utérus sont la conséquence d'une augmentation de poids de l'organe et du relâchement des ligaments. Aran les rattache « au ramollissement et à la distension des ligaments pendant les suites de couches ». D'où, disent ces deux auteurs, la nécessité de faire garder *le lit le plus longtemps possible* à la nouvelle accouchée.

En parlant de la rétroversion, Becquerel dit : « Les accouchements ont une influence sur le développement de la rétroversion : c'est surtout à leur suite qu'on s'aperçoit de l'existence de cet état morbide, qui est le fait le plus souvent *de fatigues trop tôt après l'accouchement* ».

Valleix, après avoir produit une statistique portant sur 68 femmes atteintes de déviations, s'exprime ainsi : « Ainsi donc, nous sommes conduit à admettre comme conclusion que l'utérus n'étant pas encore revenu sur lui-même après un accouchement,

il a plus de tendance à se laisser dévier sous l'influence *de la marche* ou d'un autre mouvement un peu violent ».

Schneider, Martin, Bidder, Winckel s'accordent à trouver dans le lever prématuré du *post-partum* une cause principale de la rétroversion.

Thévenot, dans sa thèse inaugurale, a fait une jolie étude de la question : pour lui, le rôle capital dans l'étiologie de la rétroflexion (en exceptant les rétroflexions congénitales, ou celles de la puberté), paraît incomber à la parturition, et surtout à la régression incomplète de l'utérus après cette parturition. « Il est une cause sur laquelle je désirerais attirer l'attention, par ce qu'elle est trop souvent passée sous silence ; je veux parler de la rétroflexion qui survient alors que les femmes se lèvent et reprennent trop tôt leurs occupations après l'accouchement. Ces sortes de déplacements ne sont peut-être pas très rares chez les femmes, mais la flexion se faisant graduellement, et le corps de l'utérus ne tombant pas tout d'un coup dans le cul-de-sac postérieur, les accidents sont rarement aigus ou soudains..... En résumé, dit-il, la rétroflexion survient très souvent chez les femmes en puerpéralité, ou parce qu'elles se lèvent trop tôt, ou parce qu'elles se livrent à des occupations qui demandent de la force, et on comprend quel rôle doit jouer l'effort dans l'étiologie de la rétroflexion ».

Dans son *Traité d'accouchements*, Varnier écrit : « Que de fois, n'a-t-on pas vu *un exercice prématuré* après l'accouchement, déterminer chez la femme des accidents très sérieux, tels que métrite, prolapsus et *surtout rétrodéviatio*n de l'utérus? »

Enfin nous lisons dans le *Traité de gynécologie* de Pozzi : « A l'inverse de l'antéflexion, la flexion en arrière date rarement de l'enfance ou de la puberté. Dans l'immense majorité des cas, elle succède à une sub-involution de l'utérus après l'accouchement. Le poids de l'organe enflammé, dit-il, et surtout le relâchement des ligaments larges et des ligaments ronds qui cessent d'orienter le corps en avant, ont une influence considérable sur la production de cet état..... ». Et plus loin : « Les ligaments ronds n'orientant plus le corps utérin en avant, le col restant

fixé par les ligaments utéro-sacrés plus résistants, la flaccidité des autres ligaments permet au corps de l'utérus de se couder en arrière au niveau de l'isthme, en obéissant aux lois de la pesanteur et de la pression du paquet intestinal... La rétroflexion est une affection que l'on rencontre très souvent chez les femmes des classes laborieuses, parce qu'elles ont négligé, par nécessité, d'observer une hygiène convenable après leur accouchement ».

Ainsi donc, comme s'accordent à le reconnaître les différents auteurs, les déviations reconnaissent comme principale cause la sub-involution utérine dans le *post-partum*. On comprend l'importance qu'il y a pour les femmes à ne pas s'exposer à cette cause d'arrêt d'involution, le lever prématuré, parce qu'alors l'utérus restant gros, il pourra en résulter une déviation utérine avec toutes ses conséquences (l'utérus rétrofléchi se congestionnant avec une extrême facilité).

Outre les diverses affections gynécologiques précédentes qui peuvent survenir à la suite des écarts d'hygiène *post-partum*, nous allons dire quelques mots de diverses manifestations morbides, dépendant elles aussi des mêmes causes : Telles sont les hémorragies du *post-partum*, et les inflammations péri-utérines.

### Hémorragies.

Sous l'influence du lever prématuré après l'accouchement et des fatigues corporelles, nous avons vu qu'on pouvait voir apparaître la métrite chronique, « la congestion utérine de Chenet » s'établissant avec une grande facilité. Comme conséquence de cet état pathologique, on voit apparaître des hémorragies qui apparaissent avec le retour des règles : ces hémorragies sont peu abondantes mais répétées, de telle sorte que la femme, tout en éprouvant la douleur et le malaise habituels à la métrite, perd du sang d'une façon rémittente ou intermittente. « Les époques empiètent les unes sur les autres, dit Pozzi, et il arrive un moment où les femmes sont, suivant leur expression, continuellement *dans le sang* ».

Ici encore le lever prématuré est le grand coupable, car en troublant l'involution de l'utérus il produira « l'engorgement », « la congestion passive », comme dit Segay, de cet organe. S'il y a congestion passive, chaque époque menstruelle nouvelle viendra revivifier, « rajeunir », suivant l'expression d'Aran, cet engorgement non dissipé et placer la femme dans un cercle d'où il lui est difficile de sortir. « Prenons le cas le plus simple et le plus courant, dit Aran : Qu'une nouvelle accouchée se lève au bout de cinq à six jours et reprenne dès ce moment sa vie ordinaire, comme cela se voit si souvent, le dégorgement de l'utérus, au lieu de se faire régulièrement, s'accomplira mal ou même ne s'accomplira pas du tout. Outre que la femme sera exposée aux complications ordinaires du trouble utérin, la circulation en retour entravée, au moment où elle aurait précisément besoin d'être plus active, s'accomplira mal et bientôt un sentiment de pesanteur au bas-ventre, des tiraillements vers les aines ou vers les reins se manifesteront, indiquant, dès le début, une augmentation du poids de la matrice.

» Selon que les règles reviennent plus ou moins tôt, la congestion active, dont l'utérus est le siège à chaque époque menstruelle, ajoute à la pesanteur habituelle ressentie par les malades, et le plus souvent les époques sont marquées par une augmentation des symptômes habituellement ressentis. L'organe, impuissant à réagir contre la congestion passive dont il est le siège, réagit mal encore contre la congestion menstruelle, et chaque époque semble apporter une augmentation des troubles circulatoires ; toute régularité dans les époques disparaît, la femme voit tous les jours « du sang ».

### Inflammations péri-utérines.

Le *post-partum* qui ne s'accomplit pas physiologiquement peut devenir, ainsi que nous venons de le constater, une cause fréquente de métrite, de déviations et de prolapsus, affections qui atteignent l'utérus lui-même.

En dehors de ces affections, il en existe quelques autres

n'ayant plus pour siège l'utérus, mais les différents organes qui l'entourent tels que les ligaments larges, le péritoine et le tissu cellulaire. Suivant les différents auteurs qui s'en sont occupés, ces diverses affections ont été successivement décrites sous les noms de cellulite pelvienne (Gendrin), de périmétrite (Scanzoni), de paramétrite, de pelvimétrite, de phlegmon des ligaments larges (Bennet), de salpingite, d'ovarite, de pelvi-péritonite (Goupil), de salpingo-ovarite (Mordret), de métro-salpingo-ovaro-péritonite (Trélat), etc. Toutes ces affections peuvent naître en dehors de l'état puerpéral, mais le plus souvent ce dernier en devient le point de départ.

Laissant de côté les diverses causes autres que les écarts d'hygiène *post-partum*, nous tâcherons de montrer, comme nous l'avons fait pour la métrite chronique, les déviations, le prolapsus, que souvent ces inflammations se montrent à la suite de l'accouchement, si les règles d'hygiène n'ont pas été prises.

« Les deux tiers environ des cas de péri-métrite sont les suites d'accouchements, dit West, si les précautions dictées par l'expérience n'ont pas été prises ». Gaillard et Bernutz réduisent cette influence à 45 p. 100, et Aran, d'après ses recherches nécroscopiques, donne 55 p. 100.

« On peut, dit Courty, méconnaître quelquefois cette cause d'inflammation péri-utérine, parce que les accidents ne se développent pas toujours immédiatement après l'accouchement, que même ils ne paraissent quelquefois qu'assez tard ; mais en mettant quelque soin à remonter jusqu'à la source le courant des manifestations morbides qui se sont succédé, on arrive à reconnaître combien cette cause est fréquente et importante. Cette cause, ce sont les *imprudences commises par les accouchées*, la reprise précoce du travail, du coït, etc. ».

« L'inflammation des ligaments larges, dit Bennet, peut se développer à toutes les périodes de l'état puerpéral : cela s'observe surtout chez des jeunes femmes qui, après être accouchées heureusement, sont *sorties le huitième ou le dixième jour*, et se sont fatiguées ».

Pour Aran : « C'est qui fait que l'on n'accorde pas généralement

à cette cause (l'accouchement), toute l'importance qu'elle mérite, c'est que les accidents ne se développent pas toujours d'une manière immédiate après l'accouchement, mais bien des jours et des semaines après la terminaison du travail, à une époque à laquelle il semblerait naturel de penser que tout travail morbide doit être complètement éteint dans l'utérus et dans ses annexes. Quant à la condition particulière qui joue en cette circonstance le rôle de cause occasionnelle, elle n'est pas toujours la même : ce sont surtout les *imprudences commises par les malades*, la reprise prématurée du travail ou des rapports sexuels ».

Enfin, tous les gynécologues modernes ne sont-ils pas là pour nous affirmer combien sont nombreuses toutes les affections annexielles survenant deux mois, trois mois, six mois après un accouchement, par suite d'une hygiène négligée pendant le *post-partum*? Que de femmes qui, sorties le dixième jour de la Maternité, ont immédiatement cessé toute injection vaginale; que de femmes se sont livrées à des coïts plus ou moins répétés, souvent le soir de leur sortie? « En faut-il davantage, dit Bouchacourt, dans son livre *La Grossesse*, pour voir se développer lentement une annexite »?

Pour nous, et il nous semble que c'est une opinion que bien des gynécologues admettent aujourd'hui, depuis les travaux de Doléris sur les fausses métrites, toutes ces inflammations péri-utérines, consécutives à la sub-involution, ne proviennent pas d'une congestion primitive ou d'une infection *primitive* de l'organe, mais de la congestion *secondaire ou passive*. « Beaucoup des engorgements de la matrice que l'on regarde comme inflammatoires ne possèdent rien d'inflammatoire dans le sens précis du mot. Ce sont des désordres de nutrition, comme on en voit se former dans d'autres organes, à la suite d'une hyperémie veineuse de longue durée » (Scanzoni).

La régression normale et des tissus et des organes après l'accouchement étant liée à l'élimination physiologique, les troubles ou arrêts d'élimination ou de régression portant sur l'activité et la circulation ont pour résultat premier la conges-

tion. « Or, comme ces troubles sont fréquents, on comprend leur importance et celle de la congestion dans la pathogénie des altérations et états pathologiques de la période puerpérale, dit Segay, et de ceux qui, survenant plus ou moins longtemps après, sont attribués à l'accouchement et *surtout* aux suites de couches. Si la congestion dépasse certaines limites, l'inflammation des tissus en est la conséquence (lymphadénite péri-utérine) ». « La congestion opprime les forces de la réaction, dit Trousseau, laisse l'organisme sans défense, exposé aux causes morbifiques ».

Ce qui est vrai pour l'organisme est vrai pour l'organe : celui-ci congestionné aura moins d'énergie, résistera moins aux causes morbifiques en général, aux microbes pathogènes en particulier. Si, à l'époque menstruelle, les maladies des organes génitaux sont plus fréquentes, c'est qu'alors la muqueuse utérine, œdématiée, congestionnée, en activité physiologique très intense, offre d'elle-même aux agents infectieux un terrain des plus propices à leur développement.

Ainsi donc l'invasion des microbes peut être le résultat de la congestion et des altérations qui en dérivent, « c'est-à-dire, dit Trousseau, être un effet comme, dans une autre circonstance, les microbes peuvent être cause de la congestion ». L'utérus congestionné, arrêté dans ses contractions, dans sa régression, ouvert, à l'état de plaie exposée, ou revenant sur lui-même et béant par ses vaisseaux, ajoute Segay, est dans des conditions anatomiques qui, plus encore que la congestion menstruelle, peuvent favoriser l'infection microbienne.

Pour ce qui est de l'importance de la congestion, dans la pathologie des maladies de l'utérus et de *ses annexes*, écoutons ce que disent Siredey et Danlos : « Nous serions les premiers à proclamer le grand service qu'Aran a rendu à la science, en insistant plus qu'on ne l'avait fait avant lui sur le rôle trop effacé de la congestion. Nous ajouterons même qu'elle domine *la pathogénie utérine*, et intervient toutes les fois que la matrice est intéressée, en ouvrant la série morbide ».

Mais quelles sont les causes de cette congestion ?

Nous nous sommes efforcé, dans ce travail, de démontrer que l'insuffisance de repos, la marche, la fatigue après l'accouchement sont au nombre des causes principales de l'arrêt de la régression utérine, et par ce fait même de la congestion : donc l'utérus étant congestionné, les organes péri-utérins se congestionneront à leur tour, et par l'inflammation consécutive donneront naissance, souvent tôt, *souvent tard*, à des périmétrites, des pelvi-péritonites, des annexites. C'est souvent par années, en effet, que se compte la durée de la maladie et pour retrouver son début il faut remonter très loin. En effet, les femmes qui viennent réclamer des soins à l'hôpital pour des maladies utérines et annexielles ne s'y décident le plus souvent que lorsqu'elles sont à bout de forces, lorsque leur travail est devenu impossible.

Et pour terminer cette brève étude des inflammations péri-utérines consécutives à l'arrêt de régression utérine par la cause que nous avons signalée, nous citerons cette jolie page de Chenet dans son travail sur l'engorgement utérin.

« Dans l'accouchement le plus simple, le plus régulier, il y a toujours une attrition plus ou moins considérable du col utérin. Toujours aussi il existe une dénudation de la face interne de l'utérus au niveau de l'insertion placentaire, là précisément où les lymphatiques sont le plus développés. Mais les lésions produites par l'acte physiologique ne se bornent pas toujours là. Souvent le col est fendu dans toute la hauteur de sa portion vaginale, souvent encore il est déchiré en plusieurs points, et, comme les lymphatiques du col de l'utérus et des ligaments larges s'anastomosent largement, l'inflammation peut se propager des uns aux autres. Or, tant que dure la réparation de ces lésions, aussi longtemps est possible la naissance d'une lymphangite ».

Ces inflammations péri-utérines sont rares chez les accouchées aisées de la société. A quoi tient cette rareté? Aux soins dont la nouvelle accouchée est l'objet pendant deux, trois semaines après l'accouchement, aux précautions que le praticien lui fait prendre, au repos qu'il l'oblige à garder. Chez les femmes labo-

rieuses, au contraire, tant qu'elles sont dans les maternités, des soins aussi rigoureux leur sont donnés, mais, parties *trop tôt*, elles négligent chez elles de prendre ces précautions et ce repos si nécessaires.

En résumé, nous constatons que tous les gynécologues ont reconnu que les diverses affections utérines que nous venons d'étudier sont dues à un arrêt d'involution utérine consécutif aux écarts d'hygiène *post-partum*. Si nous avons entrepris ce travail, c'est que, frappé par le nombre considérable de femmes qui viennent dans les services hospitaliers réclamer des soins à la suite d'un accouchement plus ou moins éloigné, nous désirions résumer les opinions émises à ce sujet et montrer que tous les auteurs s'accordent à reconnaître les mêmes causes aux mêmes effets.

Puissions-nous avoir réussi à faire comprendre l'énorme importance qu'il y a pour les nouvelles accouchées à garder un repos sévère après l'accouchement, à prendre des précautions rigoureuses ; nous les aurions par là même préservées de bien des misères, de bien des maux, ce qui serait pour nous la plus précieuse récompense.

## CHAPITRE III

### DISCUSSION SUR LE LEVER PRÉCOCE DES ACCOUCHÉES

Combien de temps faut-il laisser les femmes au lit après l'accouchement ? Telle est, dit Audebert (de Toulouse), la question qui se pose aujourd'hui, question intéressante non seulement par son évidente actualité, mais surtout à cause de la nécessité où se trouvent journellement les praticiens d'avoir une opinion ferme sur ce sujet, à la fois si rebattu et si contesté.

Si l'on ouvre les classiques, ajoute Audebert, on voit qu'à l'exception de Nœgelé et Grenser, pour lesquels un repos de huit jours est suffisant, tous recommandent un séjour au lit d'une certaine durée, qui est de quinze à vingt jours pour Chau-treuil et Tarnier, de trois semaines pour Charpentier, de dix-huit à vingt-cinq pour Ribemont-Dessaignes et Lepage.

Nous lisons dans le Dictionnaire de Jaccoud : « A quelle époque des couches la femme peut-elle se permettre de sortir de son lit, ou de se lever ? C'est encore là une question d'hygiène spéciale sur laquelle les opinions sont très divisées. L'accoucheur doit se laisser guider, non pas par le nombre sacramentel des jours, mais par l'état physiologique ou pathologique de l'accouchée, les incommodités auxquelles elle est sujette, sa constitution, son âge, sa manière de vivre, sa position sociale ».

Et Scanzoni : « Les accouchées commettent souvent une autre faute, c'est celle de quitter trop tôt le lit ; on ne saurait sûrement fixer à l'avance le jour où l'accouchée pourra se livrer et vaquer à ses occupations domestiques. En tout cas ce qu'il faut remarquer, c'est que le retour de la matrice est en raison directe de la facilité et de la rapidité de l'accouchement.

Thévenot, dans les *Annales de gynécologie*, écrit : « Après chaque accouchement, le repos au lit, et cela est écrit partout, doit être sévère : ce n'est pas assez, il est prudent de ne pas laisser se lever les nouvelles accouchées, avant de s'être assuré par l'exploration bi-manuelle, non seulement que l'involution est suffisante, mais encore que l'axe utérin a sa direction normale ».

« On est très souvent interrogé sur la durée du séjour au lit nécessaire après l'accouchement, dit Varnier dans l'*Obstétrique journalière*. Si la température a été prise quotidiennement et qu'à aucun moment elle n'ait atteint 38°, on pourra sans crainte laisser lever la patiente dans le courant de la troisième semaine, et le lui annoncer dès le dixième ou le douzième jour. L'observation prouve, en effet, que dans ces conditions on n'a guère à craindre la phlébite ».

Ribemont-Dessaignes et Lepage : « Ce n'est en moyenne que du dix-huitième au vingt-cinquième jour, lorsqu'elle ne perd plus de sang, et que l'utérus est redevenu organe pelvien, que la femme peut se lever sans inconvénients. Sans doute, ce n'est qu'à une époque plus tardive que l'involution utérine est complète. Lorsque la femme commence à se lever, il faut au moins que pendant une huitaine de jours elle prenne des précautions, ne reste pas trop longtemps debout, et qu'à plusieurs reprises dans la journée elle garde la position horizontale. Au bout de vingt-huit à trente jours, on peut l'autoriser à se lever et à reprendre ses occupations ».

Nos maîtres de la Faculté de médecine de Bordeaux, auxquels nous posions la question du séjour au lit des accouchées, exprimèrent une opinion identique, se résumant en ceci : « La femme ne peut se lever que lorsque l'utérus est devenu organe pelvien, c'est-à-dire après dix-huit à vingt-cinq jours ».

Telle est aussi l'opinion de Pinard, Budin, Maygrier, Porack, Audebert (J.).

« Ces chiffres qui ne représentent qu'un *minimum* », dit Audebert, ont été calculés par les auteurs sus-nommés d'après l'évolution des phénomènes physiologiques des suites de couches :

retrait de l'utérus, écoulement des lochies, etc. La tendance de presque tous les accoucheurs pendant ces dernières années était donc d'imposer aux accouchées un séjour au lit variant *de quinze jours à quatre semaines*.

La polémique ouverte en Amérique entre Goodel et Garrigues, le premier voulant que les nouvelles accouchées se lèvent dès le deuxième jour, parce que sur 765 femmes traitées de cette façon il n'en a perdu que 6, le second se déclarant l'adversaire de cette manière de faire, engagea le professeur Otto Kuestner (de Breslau), en 1880, à livrer à la publicité quelques expériences entreprises dans le même ordre d'idées.

Kuestner avait choisi 16 femmes dont l'accouchement avait été aussi normal que possible et qui ne présentaient aucune lésion extérieure. Toutes ont commencé à se lever selon leur désir, dans l'un des quatre premiers jours des couches : 6 primipares, 7 secondipares, 2 tertipares, 1 à son quatrième accouchement. Les femmes qui s'étaient levées de bonne heure, même dès le second jour, ont eu de meilleures suites de couches que celles qui s'étaient levées plus tard. Un premier effet du séjour hors du lit fut la régularisation des fonctions de l'intestin. La déperdition de poids qui suit normalement l'accouchement ne fut pas plus marquée chez les accouchées levées que chez celles restées au lit, bien que le régime alimentaire des unes et des autres fût le même. Les lochies des accouchées levées se caractérisaient par leur consistance peu épaisse, de teinte rosée et de nature séreuse. Aucune des accouchées séjournant hors du lit n'a eu de métrorragies. L'involution utérine s'est faite dans des conditions normales et on n'a pas constaté de rétroflexion ni de prolapsus.

Giglio (de Palerme), en 1898, fit lui aussi des expériences, sur quarante accouchées à terme et dont la délivrance avait été normale, dans le même sens. Il en arrive aux mêmes conclusions que Kuestner.

En 1899, Desplats (de Lille) fait un beau travail sur la question et veut préconiser le lever précoc. S'appuyant sur les excellents résultats de la mobilisation et du massage dans les

fractures et dans les affections articulaires, il écrit : « Le vent souffle à la mobilisation ! Mais ce n'est pas de la mobilisation des membres que je veux parler aujourd'hui. C'est de la mobilisation de l'utérus après l'accouchement. Le long repos auquel on condamne les accouchées est irrationnel et souvent nuisible... Depuis un temps immémorial, ajoute-t-il, il est convenu qu'une femme doit rester couchée pendant neuf jours après son accouchement. C'est l'usage dans toute l'Europe civilisée et, il y a quelques années, un chartiste de mes amis me communiquait une note de laquelle il résulte qu'il en était ainsi au temps de Charlemagne. De cet usage, les misérables seules se sont affranchies par nécessité. Quant aux riches, elles y sont de plus en plus fidèles et même elles ont, sous l'influence des accoucheurs et des accoucheuses de profession, une tendance à accroître la durée du repos. A Paris et dans les grandes villes, elle va jusqu'à vingt et un jours, et n'allez pas croire que celle qui se lève si tard soit plus et mieux remise que celle qui se lève plus tôt : au contraire, elle est plus faible et beaucoup plus lente à reprendre la vie commune (!!) ». Desplats considère que, contrairement à l'opinion commune, ce repos, tel qu'on l'observe aujourd'hui, prédispose à l'infection, qu'il retarde l'involution et que, par là, il favorise les déplacements et nuit à l'avenir génital de la femme. Pour lui, le traumatisme n'est rien, l'infection est tout. La station verticale aurait, de plus, l'avantage d'amener, sous l'action de la pesanteur, l'évacuation de l'utérus et du vagin par une sorte de drainage naturel. Les mouvements précoces et les changements de position ne produisent pas de déplacements fâcheux. Ils favorisent de plus le rétablissement des fonctions de l'intestin et, en régularisant la circulation et la nutrition, permettent aux mères d'allaiter plus aisément leur enfant.

Fochier condamne le repos prolongé et pense que quatre ou cinq jours de lit sont ordinairement suffisants.

Pichevin, dans la *Semaine gynécologique* (1906), estime indispensable le repos de vingt jours imposé à l'organe de la gestation. Continuer à tenir une femme accouchée dans la position

horizontale, serait exposer un utérus énorme et flasque à subir une rétrodéviation plus ou moins accusée. « La position horizontale n'est pas favorable au maintien de l'utérus normal, c'est-à-dire en ante-courbure. Cet organe hypertrophié, ramolli, pesant, a besoin de reprendre sa contractilité pour diminuer de volume et récupérer sa situation ordinaire. L'horizontalité et l'immobilité du corps n'ont pour résultat que de produire un état de stase et de congestion dans le bassin. La femme placée dans la station verticale, usant d'une marche modérée, est dans une meilleure posture pour permettre à son utérus de se porter en avant ».

Pierra enfin, dans la *Revue pratique de gynécologie*, expose les mêmes opinions et s'élève contre la tendance des accoucheurs à exagérer le repos au lit. « Le repos, dit-il, en ralentissant les combustions, augmente l'acidité de l'organisme par transformation incomplète des matériaux azotés et produit, du fait de cette acidité, un état congestif des viscères prédisposés.

» En outre, on conçoit que le décubitus dorsal détermine aisément sur le fond de l'utérus, surtout quand il est rétrofléchi, une congestion par hypostase, assez analogue à celle qui survient, dans les mêmes conditions, dans le parenchyme pulmonaire. Nous proposerions pour les congestions de cet ordre le nom d'œdème utérin hypostatique ».

Il nous semble qu'il faut poser d'abord, en principe, que toutes les femmes dont la grossesse, l'accouchement, les suites de couches ont présenté un caractère anormal, doivent être condamnées à un repos plus long (même par les partisans du lever précoce). La discussion, à notre avis, ne peut porter que sur les femmes chez lesquelles aucun accident sérieux n'est survenu pendant la puerpéralité.

Voyons donc quels avantages ces femmes peuvent retirer du lever précipité; nous passerons ensuite en revue les inconvénients qui peuvent résulter pour elles de cette pratique.

Les femmes qui s'étaient levées de bonne heure, dit Kuestner, n'ont pas présenté les vertiges et les lypothymies qui sont de règle

chez les accouchées ordinaires. Elles donnaient l'impression d'un rétablissement plus complet ». En admettant que cette proposition soit exacte (?), est-ce là un progrès bien considérable et qui doit peser beaucoup sur la détermination des accoucheurs ? D'ailleurs, on pourra facilement éviter ces légers malaises en permettant à l'accouchée de s'asseoir dans son lit quelques jours avant de se lever.

Le lever précoce, dit encore Kuestner, a la plus heureuse influence sur les fonctions intestinales ; c'est là un argument sérieux, car nous savons que le coli-bacille peut être souvent un agent d'infection ; mais les évacuations alvines, si nécessaires, peuvent être sollicitées par d'autres moyens moins hasardeux.

Le drainage de l'utérus est, assure Desplats, facilité par la station verticale. « Quand la femme est couchée, ajoute-t-il, rien ne sort de l'utérus, les sécrétions stagnent et s'accumulent, et ce n'est que lorsque le récipient est plein qu'elles sortent par regorgement ».

Les femmes du peuple échapperaient ainsi aux dangers de l'infection parce que les produits de sécrétions de l'utérus s'échapperaient plus facilement, qu'il n'y aurait pas de rétention des lochies. Le lever aurait donc, dans le cas de stagnation des sécrétions, les mêmes effets qu'une irrigation intra-utérine, sans en offrir les dangers.

Cette objection nous paraît surtout théorique, l'action de la pesanteur sur l'écoulement des sécrétions utérines n'est rien moins que démontrée ; et « pour ma part, dit Audebert, j'ai constaté, chez mes accouchées, que la stagnation des lochies était évitée grâce à l'antéversion physiologique qui existe presque toujours après l'accouchement à terme. Cette rétention lochiale ne s'observe que dans quelques cas de conformation particulière du canal vaginal, ou bien lorsque l'utérus volumineux peut basculer en arrière, et se placer en rétroflexion après un avortement de trois ou quatre mois par exemple, ajoute Audebert, ou quand il existe une latéro-flexion très accentuée. Mais le volume de l'utérus après l'accouchement à terme ne permet pas cette rétro-déviatiou, cette incarceration au-dessous

du détroit supérieur et, dans la pluralité des cas, l'évacuation des liquides de l'utérus et du vagin se fait sans entraves ».

D'après Kuestner, les femmes levées de bonne heure donnent l'impression d'un rétablissement plus complet que celles qui ont gardé le lit plus longtemps, et sont meilleures nourrices. Mais qu'entend-t-on par « impression » d'un rétablissement plus complet ? Ce n'est pas une « impression » qu'il faudrait ressentir mais une *réalité* de la guérison qu'il faudrait constater. « Qu'une accouchée montre « des roses au visage » et se tienne debout avec une apparente solidité, cela fera évidemment plaisir à l'accoucheur, mais il sera bien plus satisfait s'il a la preuve certaine que l'involution utérine est achevée, que la situation de l'utérus est normale » (Audebert).

Cette proposition « d'impression de rétablissement plus complet » peut être vraie, si l'on met en parallèle la femme du peuple et la femme bourgeoise. Sans doute la première, au bout de huit à douze jours, est sinon complètement remise, du moins en bonne voie de rétablissement ; elle a plus ou moins bonne mine ; elle est bonne nourrice et peut sans trop d'inconvénients reprendre la vie ordinaire. La seconde, au contraire, est encore pâle, essoufflée, a du lait en moins grande importance, abondance, et garde son aspect de langueur, de morbidité qu'ont chanté les poètes.

Mais peut-on raisonnablement, honnêtement établir ce parallèle entre deux êtres éminemment dissemblables depuis leur naissance, par leur genre de vie, leur éducation, leurs habitudes ? Il importe, en effet, au point de vue pratique, d'établir une distinction entre la femme façonnée ou plutôt déformée par une longue hérédité et par plusieurs siècles de civilisation, et la femme qui a gardé l'intégrité et la robustesse de ses organes, entre la *civilisée* et la femme *nature*. « Plus on s'écarte de la vie selon la nature, dit Fochier, plus l'acte physiologique de l'accouchement a de la tendance à s'écarter de la terminaison naturelle et des suites simples ».

La femme du peuple qui devient enceinte ne s'en préoccupe pas ; elle continue sa vie comme auparavant, elle travaille même

jusqu'aux premières douleurs de l'accouchement, alors que l'autre, dès l'annonce de la grossesse, accentue encore ses habitudes inactives et fait, à tort ou à raison (?), à tort, convenons-en, de cet état physiologique, une véritable maladie de neuf mois. Arrivées au terme de la gestation, ces deux femmes seront-elles dans des conditions semblables, et devront-elles être dirigées, gouvernées de la même façon ? Poser la question, n'est-ce pas la résoudre par avance ?

Si nous comparons deux éléments de même nature, deux femmes dans les mêmes conditions, alors nos conclusions pourront avoir de la valeur. C'est cette comparaison qu'il est difficile d'établir dans la première semaine ou dans le premier mois des couches, car les éléments en diffèrent à l'excès. Vouloir donc assimiler la campagnarde à la mondaine et les assujettir toutes deux aux mêmes prescriptions, c'est méconnaître les dissimilitudes profondes de deux organismes fondus dans un moule différent, c'est faire fi des données les plus élémentaires de la physiologie pathologique, c'est s'exposer aux pires accidents.

Les femmes levées tôt, dit encore Kuestner, sont meilleures nourrices ; pour tous ceux qui, comme Pinard, pensent que « le lait de la mère appartient à l'enfant », cet argument prête à de sérieuses réflexions. « Mais sans vouloir discuter les faits sur lesquels on s'appuie pour énoncer cette affirmation, remarquons seulement que le séjour au lit pendant dix à quinze jours n'a jamais empêché une femme d'allaiter ; c'est là une constatation banale, et qui enlève à cet argument la majeure partie de sa valeur » (Audebert).

Enfin Kuestner, Desplats et Giglio s'accordent à dire que les femmes de la campagne, qu'étreignent les nécessités de la vie et qui se lèvent dès le deuxième jour de leur délivrance ; que les femmes sauvages, qui deux ou trois heures après avoir accouché (souvent en pleine forêt), marchent et fatiguent beaucoup, ne présentent pas dans la suite les maladies utérines, déviations, prolapsus, qui ne sont dues au contraire qu'au repos prolongé. Le décubitus dorsal, en effet, disent-ils, détermine

aisément sur le fond de l'utérus une congestion par hypostase, congestion qui serait l'origine des métrites chroniques et des déviations. D'un autre côté, par le lever, l'utérus hypertrophié, verticalement dirigé, se dirigera aisément en avant, parce que la pression abdominale aura tendance à agir sur la face postérieure de l'organe : ainsi les rétrodéviations seraient évitées.

Toutes ces raisons nous paraissent bien fantaisistes, et il faut vraiment que ces partisans du lever précoce n'aient jamais examiné de femmes de la campagne au point de vue génital, ou bien qu'ils n'aient jamais lu les constatations faites par les praticiens de campagne, ou ceux que leurs études appelaient souvent parmi les peuplades sauvages.

En effet, Avrard, en 1879, disait dans sa thèse inaugurale : « N'est-il pas curieux de voir la façon dont accouchent les femmes des peuples sauvages sans être pour cela exposées aux maladies nombreuses dont les soins les plus attentifs ne préservent pas toujours celles de nos pays? Il n'est pourtant pas possible de nier l'étiologie fréquente des maladies utérines, et si chez la plupart des peuples policés, les femmes en couches ont attiré le respect des hommes et l'attention des législateurs, c'est assurément parce que leur santé a paru exiger les plus grands soins, pour échapper aux maladies nombreuses qui les menacent. Il semble que la civilisation a tellement raffiné le sexe féminin que l'état physiologique des femmes en couches réclame des précautions inconnues chez les peuples vivant à l'état de nature ».

Tarnier, dans son *Traité d'accouchements*, parlant du repos dans le *post-partum* : « Les paysannes s'affranchissent généralement des précautions que nous venons d'indiquer, et si elles ne paient pas toujours de leur vie les imprudences qu'elles commettent, il n'en est pas moins vrai qu'elles acquièrent assez souvent par ce fait, malgré leur vigoureuse constitution, des infirmités qui les tourmentent pendant de longues années et les gênent dans l'accomplissement de leurs travaux ».

Thiroux, dans sa thèse inaugurale : « On dit que, à la campagne et chez les sauvages, les femmes travaillent et se lèvent

aussitôt après leurs couches sans grands inconvénients. Je constate seulement que ceux qui ont à donner des soins à des femmes appartenant à des peuplades sauvages ont fréquemment constaté des affections utérines irrémédiables et à un âge peu avancé. Notre collègue, M. le Dr Thévenot, a souvent observé de tels faits chez les Indiennes et demi-Indiennes du Chili, au temps où il était professeur à l'Université de Santiago ».

Et ce même Pichevin qui est partisan du lever précoce écrivait : « Il est constant que les négresses et certaines Indiennes qui portent un fœtus à terme dans leur ventre et une lourde charge sur leur tête n'hésitent pas, à la veille de la parturition, d'entreprendre, ainsi chargées, de longs voyages pedestres. Il leur arrive parfois d'accoucher le long du chemin, au milieu des bois, sans aucun secours humain. En cette occurrence, elles ne perdent ni la tête, ni le fardeau placé par dessus. L'opération terminée avec facilité, en règle générale, l'accouchée, après deux ou trois heures d'un repos bien mérité et une immersion dans l'eau qui coule de la montagne, place le nouveau-né à côté des provisions qu'elle portait sur son vertex et ainsi surchargée elle se remet en marche sans s'inquiéter de l'incident survenu en cours de route. Elle a la précaution de nouer solidement autour de son ventre un de ces grands foulards que, généralement, elle porte soit sur sa tête, soit autour du cou. Dans cet accoutrement, elle franchit 10, 20, 30 kilomètres et parfois davantage. Si, d'une façon apparemment immédiate, elles n'en pâtissent pas, dans un avenir plus ou moins lointain les désordres sont toujours graves ».

Enfin, dans une enquête que M. Napias faisait auprès de plusieurs médecins qui exercent à la campagne, il résulte que les affections de la matrice et des annexes sont fréquentes chez les paysannes et si on les observe si rarement, c'est qu'elles consentent rarement à consulter un médecin sur de tels faits.

Si les avantages du lever précoce nous paraissent douteux, le danger qu'il fait courir aux accouchées sont, à notre sens, et comme nous l'avons déjà démontré, multiples et trop certains.

Il n'est pas contestable, par exemple, dit Audebert, « que les mouvements brusques causés par la marche peuvent détacher un caillot oblitérant un vaisseau utérin et provoquer ainsi une hémorragie, surtout dans les premiers jours qui suivent l'accouchement ».

Eustache (de Lille) fait observer, avec juste raison, qu'un bon nombre de maladies, consécutives au lever précoce, s'arrêtent et se guérissent par la reprise du repos au lit. « Pour ma part, ajoute Audebert, je ne saurais assez insister sur l'importance clinique de cette remarque dont j'ai pu vérifier bien souvent la vérité soit en ville, soit à l'hôpital. Que de fois, étant chef de clinique, ai-je vu des femmes ayant quitté la maternité le troisième ou le quatrième jour après leur accouchement, en dépit de mes remontrances, que de fois les ai-je vues revenir à la consultation peu de temps après, avec des hémorragies souvent fort graves? On leur conseillait seulement le repos, et huit jours après, tout rentrait dans l'ordre. Et si ces femmes s'obstinaient, par besoin ou par imprudence, à reprendre les habitudes ordinaires de leur vie laborieuse, un mois après nous constations une endométrite confirmée avec souvent des accidents péricritiques. Tous les gynécologues, tous les médecins ont été témoins de faits semblables ».

Aussi ne pouvons-nous nous rallier complètement à l'axiome de Desplats : « Le traumatisme n'est rien, l'infection est tout ». Bien souvent, au contraire, l'infection n'intervient que secondairement ; c'est le *traumatisme*, ou mieux le mouvement, la fatigue qui ont ouvert la voie, préparé le terrain à l'infection, comme nous l'avons surabondamment démontré dans le chapitre précédent. « Nous en trouvons une preuve évidente dans ce fait que presque toujours les femmes qui présentent des accidents métriques ou para-métriques, un ou deux mois après leur accouchement, ont quitté l'hôpital sans avoir présenté la *moindre élévation thermométrique, la plus légère fétidité des lochies, le symptôme le plus atténué de l'infection utérine*. L'importance de la prédisposition de terrain dans l'évolution des maladies microbiennes est trop connue pour qu'il soit utile d'insister davantage.

Placez les accouchées dans des conditions telles qu'elles puissent lutter contre l'invasion et la pullulation des micro-organismes venus du vagin ou de l'extérieur, et vous ferez de l'antisepsie sans antiseptiques ou mieux de la prophylaxie anti-microbienne. *Or, la meilleure de ces conditions est évidemment le repos* (Audebert).

D'ailleurs, malgré que beaucoup d'auteurs aujourd'hui nient qu'en dehors des déviations et des tumeurs il puisse se produire des affections de l'utérus autres qu'inflammatoires, il est des cas pathologiques dans lesquels ce facteur étiologique, l'infection, fait complètement défaut. Dans un certain nombre de prolapsus utérins, comme nous l'avons démontré, qui reconnaissent une origine pour ainsi dire mécanique, on ne peut songer à incriminer les accidents infectieux. Aussi, tout en proclamant avec les auteurs que la théorie de l'infection domine toute la pathologie des suites de couches, il nous paraît impossible de nier l'influence pernicieuse que peut exercer la mobilisation précoce des accouchées sur l'apparition des phénomènes d'infection ou de ptose utérine.

En effet, quoi qu'on en dise, le lever hâtif expose aux *ptoses* viscérales. Nous avons vu tout à l'heure combien les prolapsus étaient plus fréquents chez les campagnardes et les femmes de classes laborieuses qui se lèvent tôt, que chez les femmes du monde qui gardent un repos raisonnable. Doléris, en 1898, attirait l'attention sur l'une des causes les plus fréquentes de *l'éventration* consécutive à la grossesse; c'est, d'après lui, l'insuffisance de temps pendant lequel la femme a gardé le lit après l'accouchement. Aussi conseille-t-il le repos horizontal prolongé chez les accouchées atteintes d'éventration.

Un autre danger, et non des moindres, menace la femme levée prématurément : nous savons que la *phlegmatia alba dolens* n'apparaît que tardivement, douze ou quinze jours après la délivrance. Son apparition est souvent, il est vrai, précédée de phénomènes infectieux tels que l'élévation de la température, les lochies putrides, etc. Mais ces symptômes prodromiques manquent quelquefois et la phlébite éclate brusquement, s'ins-

talle d'emblée dans une ou plusieurs veines : « Les risques d'embolie pulmonaire sont alors bien plus grands chez une femme qui est levée depuis déjà quelques jours, et qui, ignorant les nouveaux dangers qu'elle court, continuera à se tenir debout, à marcher, allant ainsi au devant de cet accident si redouté même pendant le décubitus horizontal, la mise en liberté du caillot phlébitique et l'embolie terminale » (Audebert).

L'éventualité de cette redoutable complication n'avait pas échappé tout à fait à Kuestner, qui recommande de surveiller les femmes, « car le plus grand danger que puisse faire courir le lever précoce est une infection latente » ; or, la manifestation la plus grave de l'infection latente est certainement la *phlegmatia alba dolens*. Kuestner, pour parer à ces surprises, déclare qu'il est utile de prendre très régulièrement la température journalière. C'est ce que nous avons toujours vu faire dans le service de M. le professeur Lefour. Et, durant notre stage obstétrical, nous avons été témoin du fait suivant : « Une primipare, âgée de 20 ans, d'une bonne constitution, ayant eu un accouchement des plus normaux, et arrivée au septième jour de la délivrance sans aucune élévation thermique, sans aucun phénomène d'infection, quitta son lit pour aller à la garde-robe. A peine était-elle remontée dans son lit que ses compagnes la virent pâlir et tomber en syncope ; la maîtresse sage-femme et l'interne de garde appelés en toute hâte ne purent, malgré leurs soins les plus empressés, ranimer cette malade. A l'autopsie, on trouva un gros caillot dans l'artère pulmonaire : l'embolie avait succédé à une phlébite que rien ne faisait soupçonner ».

L'année dernière, Malaër (auteur allemand) fit une belle étude de ces phlébites ignorées pendant le *post-partum* dans un ouvrage intitulé : *Le pouls grim pant*.

Enfin, ne voyons-nous pas, en adoptant la doctrine du lever prématuré, les maris venir à la rescousse et exiger de leurs femmes qu'elles reprennent vite leurs habitudes antérieures, en les accusant, dans le cas contraire, de paresse ou de sensiblerie ! Et nous savons quels peuvent être les dangers d'un coït

trop tôt après l'accouchement ; d'ailleurs, voyons ce que disent les auteurs à ce sujet.

Avrard, dans sa thèse, en 1879, écrit : « Ne doit-on pas interdire également aux femmes, après leurs couches, les rapports conjugaux ? Assurément oui. Galien les avait déjà proscrits en conseillant aux jeunes mères de s'en abstenir tant que durerait l'allaitement. « Venere omnino abstinere jubeo omnes mulieres » quæ pueros lactant ; nam et menses viri consuetudine provocatur et lac odoris gratiam in deterius mutat. Quin etiam aliæ quæ in utero concipiunt quo nocentius puello adhuc lac tanti » nihil est ». Il nous semble inutile de nous étendre davantage sur ce point délicat, car tout le monde comprendra quelle influence fâcheuse doit exercer sur un utérus encore gros, congestionné, le coït, tant par l'éréthisme général qu'il amène et qui apporte le trouble dans les centres vaso-moteurs de l'organe, que par l'irritation locale qu'il provoque et dont l'effet est d'entretenir l'hyperémie des organes génitaux ».

Auvard, dans son *Traité d'accouchements* : « Le coït doit être défendu dans les quelques semaines qui suivent l'accouchement ; les rapports sexuels, en effet, agissent et comme traumatisme et comme excitant des organes génitaux. Parfois même la simple excitation produite par le voisinage de l'époux, alors que le mari réintègre trop tôt le lit conjugal, suffit à amener la congestion intense des organes génitaux et une légère hémorragie consécutive ».

Enfin, A. Siredy, dans un livre récent sur les maladies de la femme écrit : « Le coït est souvent la cause de lésions annexielles. Pratiqué avec excès, à une époque trop rapprochée de l'accouchement, il peut être une cause d'annexite. Il agit en effet à la fois comme élément d'importation microbienne et comme traumatisme, si le col descend un peu bas dans le vagin. L'éréthisme qui accompagne le coït entretient une congestion favorable au développement des organismes pathogènes ».

Si nous croyons dangereuse au point de vue individuel cette doctrine du lever précoce des accouchées, elle pourrait éga-

lement bien être dangereuse au point de vue social. Qu'elle soit enseignée et pratiquée en effet, ne voyons-nous pas immédiatement les administrations publiques d'assistance réclamer l'abréviation du séjour des accouchées dans les salles de maternité, voter la suppression des asiles de convalescence pour les femmes en couches, qui commencent à se créer de ci, de là, refuser les subsides que l'on donne à ces femmes pour leur permettre un repos relatif dont elles ont tant besoin !

En résumé, nous concevons nettement que la doctrine de Kuestner est inacceptable et surtout dangereuse, Kuestner voudrait faire lever l'accouchée dès le deuxième jour : or, n'avons-nous pas déjà vu quelles sont les dimensions du volume de l'utérus à cette époque ? M. le professeur agrégé Fieux a constaté, chez une femme morte d'éclampsie le troisième jour après son accouchement, que la cavité utérine mesurait 15 centimètres de longueur. E. Martin, chez une femme morte aussi d'éclampsie, quarante-huit heures après son accouchement, a trouvé une longueur de 22 centimètres. Hecker, au neuvième jour et au treizième jours, 18 et 12 centimètres ; les femmes avaient succombé à l'emphysème et à la tuberculose pulmonaire (Nous avons eu soin d'éliminer tous les cas où la mort est survenue à la suite de maladies puerpérales, on aurait pu objecter que la régression avait été troublée et la dimension de la matrice augmentée de ce fait).

« C'est donc, dit Audebert, au moment où l'utérus mesure 18 à 20 centimètres de hauteur et offre un volume proportionnel, que l'on veut permettre aux femmes de marcher, sans craindre que les ligaments déjà distendus et relâchés par la grossesse ne fléchissent sous le poids et ne soient impuissants à maintenir en place l'organe gestateur ! »

Aussi, nous permettons-nous de formuler notre avis ; il sera l'image fidèle de ce que nous vîmes faire par nos Maîtres, il sera l'écho de leurs si sages et si instructives leçons.

« Laissez-vous guider surtout par le volume de l'utérus, nous disait M. le professeur Lefour, l'étude de la régression utérine doit être la base de votre appréciation ». Et à chacune de ses

visites, joignant l'exemple à la parole, il ne manquait jamais d'apprécier la hauteur du fond utérin chez toutes les malades de son service par le palper sus-pubien.

Nous inspirant de ses bonnes méthodes, nous disons nous aussi qu'il est impossible de donner une règle fixe pour le séjour au lit des accouchées. « Là, comme ailleurs, dit Monin, il n'y a pas de maladies, il y a des malades ».

On devra donc se rendre compte tous les jours de la marche de l'involution utérine par le palper sus-pubien : on verra peu à peu l'utérus s'abaisser, diminuer de volume et bientôt disparaître derrière le pubis. Depuis quelques jours déjà l'écoulement sanguin aura cessé, les lochies seront taries, second symptôme à apprécier. A ce moment là, on pourra sans danger donner à la nouvelle accouchée l'autorisation de se lever.

Malheureusement (nous laissons de côté les accouchées des classes aisées), il est impossible, dans la pratique hospitalière, dans la clientèle campagnarde, d'agir selon ces préceptes. Les accouchées de cette catégorie ont trop de tendance à se soustraire aux nécessités du repos du lit. Presque toutes, elles n'exécutent que la moitié des prescriptions médicales. « Permettez-leur, dit Audebert, de se lever, comme le voudrait Kuestner, le troisième et le quatrième jour, elles seront debout le lendemain et, sanglées dans leur corset, elles recommenceront leur existence d'ouvrière, leur existence de travail et de misères ».

Bien entendu les femmes (il s'agit seulement des femmes de la classe moyenne) n'auront pas été immobilisées dans le décubitus horizontal jusqu'au moment où l'utérus aura disparu derrière le pubis. Dès le deuxième jour, elles auront la tête et les épaules soulevées par un oreiller, sauf le cas d'hémorragie et de menaces de syncope. Le troisième jour, on les autorisera à remuer les jambes et à se coucher sur un côté; si la régression utérine s'effectue normalement (il est bien difficile de préciser ici les dates qui varieront suivant la parité, les habitudes, l'état général et local), on pourra permettre le cinquième jour la position demi-assise franchement sur le lit. Au septième jour, les accouchées pourront allaiter un peu mieux et un peu plus leur enfant;

on pourra faire le lit, en ayant soin de les transporter sur un lit voisin, sans qu'elles fassent un pas. Vers le huitième ou le dixième jour, si l'accouchée éprouve une réelle difficulté à user du bassin plat pour ses gardes-robes, on pourra la porter sur « une chaise de commodité ». Vers le douzième jour (jour ordinairement où les accouchées des maternités veulent partir (!), on les laissera lever, puisqu'on ne peut aller contre leur volonté. On ne manquera jamais, au moment de ce départ, de leur recommander de garder le repos pendant quelques jours, d'éviter les labeurs fatigants le plus possible, jusqu'au vingtième ou vingt-cinquième jour. Paroles bien mal interprétées la plupart du temps, et surtout peu écoutées ! Nous leur recommanderons enfin de prendre des précautions d'hygiène sévère, d'avoir une douche vaginale, une eau *bien bouillie*, et de s'en servir tous les jours pour leur toilette intime. Enfin leur donner le conseil ou mieux leur *demande* de venir nous revoir le mercredi, à la consultation qui leur est spécialement destinée, serait prêcher dans le vide, le cahier de cette consultation resterait vierge de leur venue.

Et pour terminer ces quelques considérations sur les difficultés que l'on a à garder les accouchées, à les revoir plus tard, je ne pourrais mieux faire que de citer ces belles paroles du professeur Pinard.

« Il est une autre mesure sur laquelle je crois devoir appeler tout particulièrement votre attention : c'est que nous ne gardons pas assez longtemps nos nouvelles accouchées.

» Une femme qui nous quitte, au bout de neuf à dix jours n'est pas une femme valide : elle n'est pas malade, c'est vrai, mais, plus qu'une autre femme, elle est exposée à toutes sortes d'infections. On vous dira qu'à la campagne elles ne restent alitées que trois ou quatre jours. C'est possible ; toutefois interrogez les médecins exerçant dans les pays où les accouchées reprennent leurs occupations le quatrième ou le cinquième jour, et vous apprendrez bien vite que, chez ces femmes, les prolapsus, les hémorragies, les salpingites, les ovarites sont d'une grande fréquence.

» Il est vrai que malheureusement nous sommes désarmés contre l'inconvénient qui résulte du départ précipité de nos femmes. Remédier aux nécessités, aux obligations sociales qui obligent ces malheureuses à nous quitter, n'est pas notre fait, mais chacun de nous, dans la mesure de ses moyens, doit faire tous ses efforts auprès des *pouvoirs publics* et de l'Assistance publique pour que l'on prenne le plus rapidement possible des mesures. Nous ne pouvons rien dire à la femme qui nous quitte, parce que son ménage, ses autres enfants l'appellent. Et cependant nous savons bien la fatigue, les infections diverses auxquelles cette malheureuse va être exposée au grand détriment de sa santé et quelquefois de sa vie » !

#### OBSERVATION I (personnelle).

Prise à la consultation gratuite de la policlinique rue Paul-Bert (M. le Dr MONOD).

Marthe L..., 25 ans, couturière (se sert très souvent, en moyenne cinq heures par jour, de la machine à coudre à pédale). Se porte habituellement bien, quoiqu'elle soit maigre et pâle.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'antécédents personnels.

Réglée à 12 ans; règles un peu irrégulières, flueurs blanches dans la suite. Mariée à 23 ans, deux ans après tombe enceinte. Grossesse physiologique. Le dernier mois, elle va dans les Landes chez ses parents.

Accouchement le 21 septembre 1905 tout à fait normal et spontané, enfant se présentant par le sommet.

*Le troisième jour après son accouchement*, la sage-femme, sous prétexte de lui faire arranger son lit, la fait lever et marcher dans la chambre. Ayant ressenti une certaine fatigue dès ces quelques pas, la malade voulut s'asseoir sur une chaise. En s'asseyant, elle éprouva une douleur très vive qui s'irradia dans le ventre, les aines, les reins. 20 minutes après, elle se recouche, les douleurs persistent quelques instants puis se calment. A ces douleurs se joignirent une sensation de poids dans les reins et une envie presque continuelle d'aller à la

garde-robe : elle ne peut y aller que par lavements et non sans souffrir beaucoup. Pollakiurie diurne et nocturne. Lochies abondantes. Pas de fièvre. Traitement par des cataplasmes.

Le septième jour après ce premier lever, la sage-femme l'engage de nouveau à se lever ; une fois debout, les douleurs devinrent si aiguës qu'elle ne peut faire un pas ; elle reste sur un fauteuil une partie de la journée ; une fois recouchée, les symptômes douloureux s'amendent, mais toujours défécation douloureuse, miction fréquente, lochies continuent à couler.

Le 5 octobre, son mari la réclamant, elle revient à Bordeaux : trajet pénible, la trépidation du wagon augmente les douleurs ; arrivée à son domicile, la malade « éreintée » (*sic*), se recouche. Douleurs continues, absence de sommeil. Le lendemain, elle se lève et vaque, tout en souffrant beaucoup (ce qui la force à s'asseoir à chaque instant), à ses occupations. Le 11 octobre (20 jours après son accouchement), elle vient à la consultation gratuite et M. le Dr Monod constate : un facies pâle, traits tirés et fatigués ; pouls à 84, pas de fièvre.

Dans la région hypogastrique, vive sensibilité à la pression, le ventre est plat ; par le palper, on ne sent pas le fond utérin.

Par *le toucher vaginal*, on arrive sur le col, qui est immobilisé, un peu porté en avant, mais non accolé au pubis, il est reformé, l'orifice déchiré admet la pulpe de l'index. En arrière, l'excavation est remplie par une tumeur du volume d'une orange, séparée du col par un sillon dans lequel le doigt pénétrerait facilement sans l'extrême sensibilité dont elle est le siège ; cette masse donne la sensation de l'empâtement. Par le toucher rectal, on limite mieux la forme globulaire et on apprécie plus exactement le volume de la tumeur. Le mode de formation, le volume, la forme, la consistance, la situation, le sillon de séparation, l'absence du corps de l'utérus à l'hypogastre, les accidents enfin qu'elle cause ne laisse aucun doute sur la nature de cette tumeur. Il s'agit bien du corps de l'utérus, fléchi sur le col au niveau de l'isthme et remplissant le cul-de-sac de Douglas et une partie de l'excavation.

Quand M. le Dr Monod, étant donné la situation précaire de la malade, lui conseilla d'entrer à l'hôpital, elle poussa des exclama-

tions indignées (c'était pourtant une consultation gratuite qu'elle était venue solliciter), et nous ne l'avons jamais revue.

## OBSERVATION II (personnelle)

Clotilde M..., 23 ans, employée de commerce, entrée le 12 novembre à l'hôpital Saint-André, salle 2 *bis* (Service de M. le Dr Monod).

Femme blonde, lymphatique. Réglée pour la première fois (très douloureusement) à 15 ans et toujours assez régulièrement depuis. Bonne santé, à part des migraines et digestions difficiles.

Mariée à 19 ans et demi. Accouchée pour la première fois au bout de onze mois : accouchement long et pénible, mais spontané. Pas de fièvre dans la suite. Dix jours de lit ; nourrice pendant quelques jours seulement ; retour des règles six semaines après. Le quinzième jour après son accouchement, reprend son travail qui l'oblige à rester debout une partie de la journée.

Deuxième accouchement dix-huit mois après le premier : 4 octobre 1905. Accouchement encore difficile, mais spontané : enfant plus petit (elle ne précise pas) que le premier. Son mari ayant eu le bras fracturé dans une chute, elle se lève *le sixième jour* après son accouchement pour le soigner ; dès ce jour, elle a commencé à souffrir dans le bas-ventre et les reins, mais a continué (après avoir mis son enfant en nourrice) à s'occuper de son ménage. Les lochies ont coulé pendant quinze jours : depuis elle ne tache pas son linge, mais souffre des reins, du ventre et surtout au niveau des annexes droites. Cet état se maintient pendant quelques jours, mais les douleurs allant en augmentant, devenant continues, elle rentre à l'hôpital le 10 novembre 1905.

*Examen* : Visage coloré ; embonpoint ; apyrexie. Ventre souple, mais ballonné, sensible dans toute la région hypogastrique, mais particulièrement douloureux dans la fosse iliaque droite. Au toucher vaginal, col encore mou, orifice dilaté, la lèvre antérieure volumineuse, un peu inégale. Le col est fendu des deux côtés, plus à gauche qu'à droite. Cul-de-sac gauche libre.

A droite, cul-de-sac un peu empâté, douloureux, sans tuméfaction circonscrite. Utérus peu mobile ; le fond est à 4 centimètres de la

symphyse (trente-sept jours après l'accouchement). Mais l'épaisseur de la paroi abdominale et la sensibilité qu'on éveille par le simple palper empêchent d'apprécier son volume.

TRAITEMENT. — Repos sévère.

Lavements chauds tous les matins.

Injectons vaginales antiseptiques; tampons de glycérine ichthyolée.

Quinquina et kola.

Sortie *sur sa demande* le 30 novembre. Ventre toujours un peu sensible; plus d'empâtement du cul-de-sac vaginal droit, mais toujours sensibilité au toucher. Le col est moins gros; le fond de l'utérus est à un centimètre au-dessus de la symphyse.

### OBSERVATION III (personnelle).

Prise à la consultation gratuite de la polyclinique (M. le Dr MONOD).

Eugénie L..., bouchère, 28 ans.

Santé généralement bonne; variole il y a quatre ans. Réglée à treize ans, régulièrement depuis sans pertes blanches dans l'intervalle des époques. Premier accouchement, il y a deux ans, normal et spontané, neuf jours de lit; retour des règles, six semaines après. Deuxième accouchement en décembre 1904, normal et spontané; *six jours de lit*, lever et reprise du travail, paraît-il très fatigant: lochies sanguinolentes durant quatorze jours. Depuis ce moment jusqu'au moment du « retour de couches », six semaines après, pertes muco-sanguines. Depuis cette réapparition des règles, la malade n'a pas cessé de perdre en rouge et ne peut plus, quand elle vient, nous préciser le moment où ses menstrues arrivent. De plus, depuis une quinzaine de jours, la malade souffre beaucoup du ventre, surtout d'élancements dans la matrice, avec un point très douloureux à gauche. Malgré ses douleurs, la malade qui travaille debout toute la journée a pu résister sans s'aliter.

*Examen.* — Ventre très sensible: fond de l'utérus à 3 centimètres au-dessus de la symphyse: la palpation au niveau des annexes droites arrache des cris de douleur à la malade. Par le toucher vagi-

nal et le palper combiné, on sent l'utérus mais il est très douloureux, on constate de plus une augmentation sensible de cet organe, qui est en anté-latéro-flexion droite. Le col est gros, et au spéculum on l'aperçoit très congestionné, avec de l'ectropion de la lèvre inférieure. En écartant les lèvres de la vulve, on s'aperçoit que celle-ci est brun-rougeâtre. L'écoulement muco-sanguinolent est abondant.

On conseille à la malade d'entrer à l'hôpital : elle refuse. Elle n'est pas revenue à la consultation.

#### OBSERVATION IV (personnelle).

Service de M. le professeur VILLAR.

Marie V..., 23 ans, portanière, accouchée chez elle après « 52 heures de douleurs ». La délivrance s'est accompagnée d'une violente hémorragie : lever le *neuvième jour* (10 juin 1906).

Etat maladif, s'enrhume facilement. Père mort de tuberculose.

Deux jours après son lever, c'est-à-dire le onzième jour, alors qu'elle n'avait jamais eu de fièvre durant ses couches, qu'elle n'avait pas souffert pendant les deux premiers de son lever, elle est prise de douleurs de ventre et d'un grand frisson. Lochies encore sanguinolentes. Rentre salle 2 le 14 juin.

*Examen.* — Pouls à 96 : 38°7 de température.

La palpation au niveau de la fosse iliaque gauche est très douloureuse, et il existe à ce niveau un empâtement très prononcé. Le toucher vaginal fait constater un utérus encore gros (4 centimètres au-dessus de la symphyse). Le col n'est pas reformé, il est encore gros et mou, fendu à gauche : le cul-de-sac correspondant est occupé par une tuméfaction douloureuse.

Vessie de glace sur le ventre : toniques, injections vaginales antiseptiques. (On diagnostique une pelvi-péritonite).

*Examen.* — L'hypogastre est déformé par une tuméfaction arrondie qui arrive jusqu'au niveau de l'ombilic. Une masse dure et mate à la percussion de l'utérus en occupe le centre. A gauche, la tuméfaction s'étend insensiblement jusqu'à la fosse iliaque. A droite, le bord de l'utérus est facile à sentir à travers la paroi abdominale : au

niveau de l'utérus au contraire, et jusque dans la fosse iliaque gauche, sensibilité très vive au palper. L'écoulement lochial ne s'est pas arrêté.

Au toucher vaginal, col gros, non encore effacé, se confondant latéralement à gauche avec une induration en forme de bride qui s'étend jusqu'à la fosse iliaque gauche. Utérus très sensible, vagin chaud.

Sous l'influence du traitement, l'état général et local s'améliore; les lochies disparaissent ainsi que la fièvre.

A la sortie, un mois après, le ventre est redevenu souple et indolent. La paroi abdominale s'est chargée de graisse. La tuméfaction hypogastrique a disparu. Au toucher, le col est dégagé de sa bride, mais présente une cicatrice à gauche; il est mobile et non douloureux. Le fond utérin est à ce moment au niveau de la symphyse.

#### OBSERVATION V (personnelle).

Service de M. le Dr MONOD.

Justine B..., 31 ans, concierge. Réglée à 20 ans, toujours régulièrement et sans douleurs.

Quatre accouchements à terme. Le dernier, il y a six mois (juin 1905). Son mari étant malade, pour le remplacer, la malade se lève *le quatrième jour après l'accouchement* et met l'enfant en nourrice. Un mois et demi après, les règles ont reparu et ont duré comme d'habitude huit jours. A la perte de sang a succédé un écoulement assez abondant; puis, au bout de quelques jours, sous l'influence de fatigues, elle a de nouveau marqué son linge en rouge.

Depuis, alternance continuelle de pertes blanches et de pertes rouges. La malade ne distingue plus ses règles; elle éprouve des douleurs continues, sourdes, dans le bas-ventre et des tiraillements lombaires. De temps en temps, surviennent « des coliques violentes comparables à celles de l'accouchement ».

*Examen.* — Affaiblissement considérable.

Au palper, ventre sensible, fond utérin à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Au toucher, col gros et mou, entr'ouvert, déchiqueté.

Corps utérin volumineux, en rétroversion ; un peu d'empâtement douloureux à gauche.

Écoulement muco-sanguin assez abondant.

Cinq jours après son entrée, on pratique un curettage, puis écouvillonnage à la teinture d'iode, injection intra-utérine d'eau oxygénée, tamponnement à la gaze salolée. L'état de la malade s'améliore et, trois jours après, une fois la mèche de gaze enlevée, plus de métrorrhagies.

La malade quitte la salle quinze jours après, n'ayant plus d'écoulement sanguin et l'utérus étant redevenu pelvien.

---



## TROISIÈME PARTIE

### Protection légale de l'ouvrière accouchée. Etude d'hygiène sociale.

---

La femme accouchée, venons-nous de démontrer, peut être considérée comme une blessée pour qui l'accouchement, même normal, constitue une sorte de traumatisme, ou plus correctement peut-être, comme une convalescente. Elle a besoin de soins attentifs et d'une hygiène spéciale, aussi bien pour *elle* que pour son *nourrisson*. Elle ne doit se lever que lorsque l'utérus est redevenu organe pelvien, c'est-à-dire après dix huit ou vingt-cinq jours ; elle ne doit pas sortir avant la fin de la quatrième semaine ou même de la cinquième.

C'est ainsi que pensent et qu'agissent tous les accoucheurs dans la clientèle de la ville. C'est ainsi, nous en sommes sûr, qu'ils voudraient pouvoir faire dans leur service hospitalier : car il n'y a pas un mode d'accouchement pour les riches et un pour les pauvres : « La gynécologie est une science égalitaire ».

Hélas ! les sages mesures précédentes n'ont jamais été suivies dans la classe ouvrière. Et il n'en est ainsi que parce qu'elles ne peuvent l'être, en raison des conditions économiques que nous subissons.

Toutes ces questions, les intéressés eux-mêmes, c'est-à-dire les ouvriers, se les sont posées ; aidés des conseils des médecins et des hygiénistes, ils ont essayé de les résoudre.

Au Congrès national d'hygiène scientifique ouvrière tenu à

Lyon en 1894, elles furent discutées. De nombreux médecins, parmi lesquels les D<sup>rs</sup> Cazeneuve et Augagneur, professeurs à la Faculté de Lyon, et le D<sup>r</sup> Roux, directeur du laboratoire municipal de Lyon, y assistaient et prirent part aux débats présidés par le D<sup>r</sup> Gailleton, maire de Lyon. Sur la proposition du délégué de Saint-Etienne, M. Croizier, le Congrès adopta à l'unanimité le rapport dont les conclusions sont les suivantes : « La commission, reconnaissant que le travail de la femme deux mois avant et *deux mois après* son accouchement est préjudiciable à sa santé et à celle de l'enfant, demande l'interdiction complète du travail pendant cette période ; elle laisse le soin au législateur de faire une loi corollaire pour subvenir aux besoins qu'entraîne pour la femme l'interdiction de ce travail en se basant sur les résolutions des différents congrès ouvriers ».

Et le D<sup>r</sup> Napias, dans une communication à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, écrivait : « La sortie prématurée des accouchées, en déterminant des affections utérines, peut amener la stérilité. Le D<sup>r</sup> Lagneau, en effet, rappelle ce fait qu'à Saint-Pétersbourg parmi environ 1.500 femmes ayant consulté le professeur Grünewald pour les organes génitaux, sur 900 de moins de 35 ans, mariées ou vivant maritalement, 500 femmes étaient stériles, savoir : 190 congénitalement, et 300 à la suite d'accidents consécutifs à un ou plusieurs accouchements. La question est donc des plus graves et mérite d'être posée : *elle attend une solution rapide et efficace* ».

« Il semble, ajoute M. Napias, qu'il ne suffit pas, pour la santé future de la femme, pour sa fécondité ultérieure à laquelle nous devons attacher tant de prix, qu'elle échappe à une infection possible. Il faut que le retour à un état physiologique normal soit assuré ; il faut qu'avant de reprendre la vie ordinaire et, pour la femme pauvre, le travail souvent pénible du ménage ou de l'atelier, on soit sûr que l'utérus et ses annexes sont des organes guéris et non des organes convalescents. Sinon, c'est-à-dire si la femme s'expose trop tôt aux fatigues de son intérieur ou de sa profession, des déplacements de l'organe de la gestation, des inflammations chroniques de l'utérus ou de ses annexes,

peuvent survenir, rendre une nouvelle grossesse difficile ou dangereuse, parfois impossible comme nous le disions plus haut; faire de la femme une valétudinaire incapable d'accomplir son rôle social et qui souvent retombera à cause de cela-même à la charge de l'assistance ».

Cette question est donc capitale dans un pays comme le nôtre où l'hyponatalité est croissante. Il faut s'occuper sérieusement de la femme accouchée des classes laborieuses; de cette femme que le capitalisme et l'industrialisme modernes poussent de plus en plus dans les fabriques et dans les ateliers. Le rôle de la femme ouvrière devient de plus en plus considérable dans l'état actuel de la société, et les « conséquences défavorables et fâcheuses ne font que s'aggraver non seulement pour la femme, mais aussi pour la famille et la société ». On substitue, partout où la chose est possible, le travail des femmes à celui des hommes. Et la raison en est bien simple : c'est que d'après les rapports fournis par les inspecteurs du travail, le salaire accordé aux ouvrières employées aux mêmes ouvrages que l'homme est généralement égal à la moitié de celui des hommes. Le Dr Weyl dit avec juste raison que le problème de la vie resterait insoluble pour l'ouvrière « si la prostitution ou la charité publique n'offraient leurs hontes ou leurs tristesses à ces pauvres femmes ».

Les philanthropes et les médecins hygiénistes à leur suite se sont occupés d'améliorer les uns le sort de l'ouvrière, les autres sa santé physique. Pour la femme enceinte, pour la fille mère, pour leurs enfants on a fait beaucoup : pour la femme nouvellement accouchée on a fait en France peu de chose. Cependant cette question a été et est encore agitée dans tous les parlements d'Europe; elle a été un peu étudiée et discutée dans les congrès ouvriers; dans différents pays elle a été en partie, quoique bien incomplètement, résolue. Elle est, actuellement, de nouveau agitée dans notre pays où, nous sommes forcé de le constater, aucune loi protectrice n'est encore intervenue en faveur des ouvrières nouvellement accouchées.

Nous allons donc tâcher de résumer ce qui a été fait en France

par l'initiative privée : ce qui a été proposé au parlement, et surtout ce qui reste à faire.

### Ce qu'on a fait pour l'ouvrière en couches.

Avant d'aborder l'étude de la législation française, nous répondrons le plus brièvement possible, mais avec des faits, à quelques objections qu'on ne manquerait pas de nous faire. Beaucoup diront : Est-il nécessaire, est-il utile de faire intervenir l'Etat en ces matières; les départements et communes ne font-ils pas assez et ne font-ils pas encore plus? Il existe partout des crèches et des maternités; qu'on en crée de nouvelles; qu'on en ouvre l'accès à un plus grand nombre de femmes. Et comptez-vous pour rien, diront d'autres, l'initiative privée; ignorez-vous les œuvres toujours plus nombreuses fondées par des associations particulières? Non, nous ne méconnaissons pas l'importance de ce qui a pu être fait. Nous parlerons des institutions départementales et communales; nous rendrons justice aux œuvres particulières, et si nous découvrons une tentative intéressante, nous ne manquerons pas de la signaler. Mais nous croyons que, de la courte revue que nous allons faire de toutes ces œuvres, résultera la démonstration de leur impuissance et surtout de leur insuffisance.

D'aucuns nous opposeront la liberté individuelle et la liberté du travail; de quel droit interdire le travail, c'est-à-dire l'existence, à des femmes qui ne le demandent pas? « Nous ferons remarquer que cette notion de la liberté a quelque peu vieilli, et qu'elle n'est plus guère admise aujourd'hui, spécialement en ce qui concerne le travail des femmes et des enfants » (Thiroux). D'ailleurs les intéressés (c'est-à-dire la classe ouvrière, comme nous le disions plus haut, quand elle a pu émettre une opinion, soit dans ses syndicats, soit dans ses congrès), ont toujours demandé des mesures de protection et ne réclament nullement la prétendue liberté que d'autres exigent toujours si généreusement pour eux.

Paris s'est signalé tout d'abord par deux grands établisse-

ments qui hospitalisent les femmes accouchées et leurs enfants pendant et après la sortie des maternités.

Le premier, *Asile du Vésinet*, qui ne leur est pas spécial, reçoit une moyenne annuelle de 700 accouchées dont l'état de santé demande un temps plus prolongé que celui qu'il est possible de leur accorder dans les services hospitaliers.

Le second, *Asile Ledru-Rollin*, fondé en 1892, comprend 50 lits et 50 berceaux. Malgré ses dimensions restreintes, il a permis, en 1893, d'hospitaliser 991 femmes et 838 enfants ayant représenté un total de 26.057 journées. Cet établissement dépend de la ville de Paris, au budget de laquelle il figurait pour la somme de 71.300 francs pour l'année 1898.

Signalons l'*Asile maternel de la Société philanthropique*, datant de 1886 et qui reçoit aussi les convalescentes de couches.

En dehors de ces asiles, il existe, à Paris et en province, un certain nombre de sociétés de charité maternelle. La plus ancienne de ces sociétés remonte à 1785 : c'est celle de Paris. On en comptait, en 1885, 83 pour 54 départements, dont 33 reconnues d'utilité publique. De 1880 à 1885, près de 5.000.000 de francs ont été répartis entre 80.000 femmes.

La *Société de charité maternelle de Paris*, qui fut fondée à Paris, en 1885, par M<sup>me</sup> Fougeret, assiste les femmes en couches. Cette société est instituée dans un esprit limitatif assez étroit : pour être secourue, il faut être mariée religieusement. Les secours consistent en layettes et secours pécuniaires.

*L'OEuvre de l'allaitement maternel et des refuges-ouvroirs.* — La femme qui a laissé le refuge pour accoucher est ensuite assistée à son domicile par les dames visiteuses qui lui servent des secours alimentaires, secours mobiliers et des secours pécuniaires pendant douze et quatorze mois. Fondée en 1876, elle a des sections en province et notamment à Beauvais.

L'*Association des femmes en couches de Mulhouse* fut le point de départ d'un grand mouvement mutualiste en France. Voici quelles en étaient les conditions :

« Chaque associée doit avoir travaillé six mois sans interruption chez les fabricants et payer 0 fr. 15 par quinzaine.

» Les secours sont accordés durant six semaines à partir du jour des couches. Dans le cas où l'enfant meurt, les secours cessent à partir de ce jour. Toutefois, ils ne peuvent cesser avant trois semaines après les couches. Toute ouvrière recevant des secours sera dans l'obligation de cesser tout travail ; dans le cas contraire, les secours ne seraient pas délivrés. Pour surveiller ce qui se rapporte à l'association, est instituée une commission composée de fabricants, contre-maitres, ouvriers. Trois mois après l'accouchement cessera la faculté de faire partie de l'association ».

*La mutualité maternelle* est « la fille de la précédente ». Elle fut créée en mai 1891 par MM. Brylinski et Poussineau et approuvée par arrêté ministériel en 1892. C'est une association mutuelle de mères riches et pauvres qui, moyennant une cotisation fixée à 7 francs par an au début, puis à 3 francs, fait de la femme accouchée une véritable sociétaire et lui vient en aide pendant quatre semaines. Chaque sociétaire touche une indemnité de 12 francs par semaine, à condition qu'elle s'abstienne de tout travail pendant ces quatre semaines. L'indemnité peut être prolongée sur l'attestation d'un des médecins de la société, si l'état de la mère l'exige. Enfin une prime de 10 francs est allouée à la mère qui nourrit son enfant.

Les résultats sont excellents. Les pouvoirs publics, et Waldeck-Rousseau surtout, l'ont puissamment encouragée. Il y a des mutualités maternelles à Paris, Lille, Chartres, Roubaix, Toulouse, Béziers, Dijon, Toulon, Angers, Besançon, Melun.

« Chaque membre, dit Fillion-Roux, est en réalité une assurée contre la période des couches ». P. Strauss a envisagé la possibilité d'étendre ce régime d'assurances largement compris, à la plus longue période possible, du cinquième au sixième mois de la grossesse.

*La Société protectrice de l'enfance*, fondée en 1885, vient en aide aux nouvelles accouchées nécessiteuses qui élèvent leurs enfants.

*L'Association des mères de famille*, 40, rue de Berlin, n'assiste, après leurs couches, que les femmes mariées.

Bordeaux fut peut-être une des villes qui s'occupèrent le plus tardivement de l'assistance des femmes après leur accouchement.

M. le professeur Lefour, que l'on retrouve toujours lorsqu'il s'agit des questions concernant l'hygiène de la femme ouvrière, signale, dès 1894, l'importance d'un refuge pour les femmes enceintes et accouchées. Après plusieurs années d'attente, il fonda en 1898, grâce au concours de M. le vicomte de Pelleport-Burète, l'*Œuvre bordelaise de Saint-Raphaël*, 124, rue Dubourdieu. « La Ville de Bordeaux pouvait à son tour prendre place à côté de certaines villes, notamment de Lyon et de Nantes ».

Cette œuvre admet à n'importe quel moment de leur grossesse les femmes enceintes ; ces femmes font leurs couches dans la maison, et *y demeurent après leurs couches le temps nécessaire à leur complet rétablissement*, afin d'être assez fortes pour reprendre leur travail antérieur.

« L'Œuvre bordelaise de Saint-Raphaël, dit M. Drouineau, dans son rapport sur l'assistance maternelle, est une œuvre à son début, et il faut attendre, avant de se prononcer sur les résultats qu'elle peut obtenir ».

Il n'est pas téméraire d'avancer aujourd'hui que ces résultats ont répondu en tous points aux efforts des généreux créateurs de l'œuvre. Si on consulte l'état comparatif des années 1898, 1899, 1900, on voit que 82 femmes ont été admises : 73 ont accouché dans la maison, et il n'y a pas eu un seul décès pendant les couches. Pendant les années 1901, 1902, 1903, 1904, l'œuvre a secouru 123 femmes : ce qui porte le chiffre total des entrées depuis la fondation de l'Œuvre à 196.

« De toutes les œuvres spécialement destinées à la protection de la fille-mère, de la femme enceinte, de la nouvelle accouchée, celle de Saint-Raphaël nous paraît remplir les meilleures conditions, surtout en permettant à ces femmes de faire leurs couches dans l'établissement même. Par son organisation parfaite, par les résultats remarquables qu'elle a déjà donnés, l'Œuvre bordelaise de Saint-Raphaël est l'une de celles qui se recommandent à l'attention et à la sollicitude des pouvoirs

publics. Née dans une ville essentiellement charitable, nous ne doutons pas de son avenir et de son développement » (Giraud).

Les résultats de cette courte revue sont tels que nous les annonçons. La mutualité ne peut faire que peu de chose; la charité est insuffisante. « Ce qu'il faut, disait Pinard, en 1890, c'est qu'on prenne les mesures nécessaires pour que toute femme enceinte puisse trouver, pendant la durée de sa grossesse, les conditions hygiéniques indispensables à son état; deux choses donc sont nécessaires : la proclamation du *droit* d'être secourue et *l'application de ce droit* ».

C'est donc la société tout entière qui doit intervenir par l'organe de l'Etat; aux conditions nouvelles de vie, créées pour les femmes par l'industrialisme et le machinisme, doit répondre une législation protectrice particulière. Il s'agit d'assurer aux femmes de la classe ouvrière leur droit à la maternité, en leur assurant, dans leurs suites de couches, à elles et à leurs nouveau-nés, des conditions de vie humaine.

Cela, la société seule peut le faire; elle l'a tenté dans plusieurs pays, comme nous allons le voir. En France, on a simplement proposé, mais on n'a presque rien exécuté.

L'hyponatalité est croissante, avons-nous dit! Il y a donc un intérêt national à s'occuper de la femme après ses couches, car elle n'est pas seule à ce moment-là, *elle a un enfant*.

Tous les hygiénistes et les philanthropes se sont occupés de cette grave question; elle se résume dans ces quelques mots de Ribemont-Dessaignes : « L'allaitement maternel, au point de vue de la santé des enfants doit être la règle; l'allaitement artificiel ou mercenaire, l'exception. Mère et nouveau-né y trouvent leur profit; *l'involution utérine est plus rapide et plus complète*; les organes génitaux se trouvent dans un repos relatif par suite de la cessation de la fonction menstruelle pendant l'allaitement » et Pinard ajoute : « ce qui amène souvent la stérilité, c'est le non allaitement maternel ». De plus, d'après des travaux récents, on a constaté que c'est surtout dans les deux premiers mois que l'enfant augmente le plus en poids et en longueur.

Raison de plus, si l'on veut favoriser cet accroissement, de donner à la mère un repos sévère et surtout nécessaire, afin de la mettre ainsi dans les meilleures conditions pour faire une bonne nourrice. « C'est là, dit Pinard, un des nombreux avantages *du repos* après l'accouchement ».

« Tous nos efforts donc doivent tendre à permettre aux femmes *d'allaiter elles-mêmes* leurs enfants : il faut que dans une société civilisée et comprenant ses intérêts, la mère pauvre soit la nourrice payée de son enfant » (Lagneau).

---

**Lois protectrices pour la femme en couches dans différents pays européens.**

ANGLETERRE : *Loi de 1891*. — Art. 17. Le patron d'une fabrique ou d'un atelier ne permettra pas, en connaissance de cause, qu'une femme travaille dans les quatre semaines qui suivent son accouchement.

AUTRICHE : *Loi du 8 mai 1885*. — En cas d'accouchement un délai de quatre semaines, leur est imposé à partir de leur délivrance, quel que soit l'établissement dans lequel elles travaillent.

ALLEMAGNE : *Loi du 1<sup>er</sup> juin 1891*. — Art. 137. Les femmes en couches ne doivent pas être occupées en général pendant les quatre semaines qui suivent leur délivrance et elles ne doivent l'être pendant les deux semaines suivantes, que si le certificat d'un médecin approuvé déclare ce travail admissible.

SUISSE : *Loi fédérale du 23 mars 1877*. — Art. 15. Après et avant leurs couches, il est réservé un espace de temps de huit semaines en tout, pendant lequel les femmes ne peuvent être admises au travail dans les fabriques. Elles ne sont admises de nouveau dans la fabrique qu'après avoir fourni la preuve qu'il s'est écoulé six semaines au moins depuis le moment de leurs couches.

NORVÈGE : *Loi du 27 juin 1892*. — Art. 21. Les femmes ne sont admises au travail que six semaines après leur accouchement. Cet espace de temps peut cependant être réduit à quatre semaines lorsque la femme produit un certificat de médecin constatant qu'elle peut, sans préjudice pour sa santé, accomplir le travail qui lui est destiné.

HONGRIE : *Loi des 18-21 mai 1884*. — Suspension de quatre semaines du travail des femmes en couches.

HOLLANDE : *Loi du 5 mai 1889*. — Art. 8. Interdiction de faire travailler les femmes pendant les quatre semaines qui suivent leur accouchement.

BELGIQUE : *Loi du 13 décembre 1889*. — Les femmes ne sont pas admises au travail pendant les quatre semaines qui suivent leur accouchement.

PORTUGAL : *Décret-loi du 14 avril 1891*. — Art. 22. Aucune femme ne sera admise au travail dans les établissements industriels pendant les quatre semaines qui suivront ses couches.

### Exposé de diverses solutions proposées en France.

D'après le détail ci-dessus, nous voyons que neuf pays européens ont fait entrer dans leur législation une loi concernant le repos pendant les quatre à six semaines qui suivent l'accouchement.

En Russie, et surtout en France, les Parlements n'ont rien fait à ce sujet, et nous savons combien est grande la mortalité infantile, faute d'une protection suffisante de la femme accouchée. La France est le seul pays d'Europe où la population reste stationnaire ou même diminue. Et si pour rappeler un mot du Dr Schlossmann : « Au point de vue de l'économie nationale, la mort de chaque enfant est une perte pour la puissance nationale », la question de la dépopulation se dresse inquiétante pour l'avenir de la France.

« La législation française serait courte à résumer, dit Thiroux ; elle n'existe pas ». Cependant, nous devons reconnaître que des efforts ont été faits ; de nombreux projets ont été présentés et discutés.

M. de Mun fut le premier qui proposa au Parlement français, en 1887, une loi interdisant le travail pendant quatre semaines aux femmes accouchées. M. Waddington, chargé de faire le rapport, disait :

Article 9 : « Les femmes en couches ne pourront être employées dans les usines, manufactures, ateliers, chantiers et magasins, pendant les quatre semaines qui suivent leur accouchement. Elles justifieront de ce délai par la production d'un certificat délivré par un médecin ou une sage-femme ».

Cet article, venu en discussion le 18 juin 1888, ne fut pas adopté.

Le 10 juin 1890, M. Waddington fit un nouveau rapport rappelant que le congrès de législation internationale du travail de Berlin avait adopté un vœu, qui n'était que la reproduction de l'art. 9 de son projet de 1888. Le projet vint en discussion le 8 juillet 1890. L'art. 9 fut de nouveau soumis à la chambre.

On eut la stupéfaction de voir parmi les adversaires les plus acharnés de cet article, le D<sup>r</sup> Desprès, chirurgien des hôpitaux. Sous prétexte que les femmes auraient autant besoin de se reposer un mois avant l'accouchement, il se refusait à leur accorder le moindre repos après leurs couches ; après cet effort de logique, il concluait qu'il n'y avait pas à légiférer sur ces matières ; il fallait, disait-il, *laisser cela aux mœurs*. Après une violente discussion le D<sup>r</sup> Ferroul, député socialiste, proposa l'amendement suivant :

« Le travail est interdit aux femmes enceintes ou *accouchées* pendant quatre semaines, dont vingt jours après les couches et huit jours avant ». Cet amendement fut repoussé.

En 1892, un projet commun de MM. Emile Brousse, Dron, Lafargue, Ferroul et Jourde s'inspirant des législations étrangères fut présenté à la Chambre. Il fixait une limitation de la période de repos à quatre semaines après l'accouchement avec indemnité de convalescence égale à la moitié du salaire et devant être fournie par une caisse établie dans chaque arrondissement et alimentée moitié par l'Etat, moitié par les départements au moyen d'un impôt spécial sur les industriels et les commerçants ».

M. Desprès, combattit naturellement ce projet, disant : « Que la femme aurait besoin de se reposer trois ou quatre jours au moment des règles, et que, par conséquent, ce n'était pas la peine de faire des lois, pour lui assurer le repos après ses couches, et il déclara que la femme « *peut se lever et travailler trois ou quatre jours après son accouchement* ».

M. Dron, rapporteur, dit que la dépense pour les 230.000 accouchements de femmes indigentes ou employées à des travaux industriels serait de 6.437.000 francs. Dans la suite de son rapport, il cite un ordre du jour voté à l'unanimité par la Société obstétricale de Paris et réclamant un repos minimum de quatre semaines.

L'année suivante (1893), sur la proposition de M. Pierre Richard (loi du 15 juillet 1893), une loi fut votée, assimilant les femmes en couches à des malades : elle leur assure l'assistance

médicale gratuite, mais elle ne dit pas à partir de quelle époque et n'assigne pas de secours à l'accouchée.

Un autre projet de M. Richard, calqué en grande partie sur la législation allemande et autrichienne, voulait établir l'assurance obligatoire des ouvriers des deux sexes contre les accidents et la maladie; les frais devaient en être supportés : un tiers par les ouvriers, deux tiers par les patrons. Les assurés auraient droit à cette indemnité après trois jours de maladie et, en cas d'incapacité de travail, à la gratuité des médicaments et du traitement médical et à une indemnité journalière égale à 60 p. 100 du salaire. Les femmes accouchées auraient droit à cette indemnité *pendant quatre semaines au moins*. Ce projet ne vint pas en discussion.

Depuis, la question fut presque enterrée jusqu'à 1899. Le 12 mars 1899, la Chambre prit en considération le projet Dulau qui prévoit une assistance à domicile pendant la grossesse et l'hospitalisation des femmes enceintes dans les Maternités hospitalières, des Asiles ouvriers ou des Maternités secrètes.

Le 14 novembre 1899, M. Paul Strauss déposa au sénat un projet qui posait nettement la question du repos pour les femmes avant et *après* l'accouchement; il y essayait aussi de résoudre celle de l'indemnité. L'idéal, au point de vue de M. Strauss, serait d'arriver à l'assurance obligatoire contre la maladie et d'y rattacher le service des indemnités aux femmes accouchées comme en Allemagne et en Autriche.

Le plus récent projet de M. Strauss fut présenté le 17 janvier 1902; il vise l'assistance maternelle avant et après l'accouchement; rattache l'assistance obstétricale à la loi sur l'assistance médicale gratuite; il fait concourir à la dépense les départements, les communes et l'Etat et laisse aux conseils généraux l'initiative de cette organisation dans chaque département.

Enfin, en 1906, trois projets de loi qui ne sont pas encore discutés ont été émis par MM. les députés Chéron, Carnot et Gérald. Ces trois projets de loi visent, l'un le salaire de la femme ouvrière, l'autre la recherche de la paternité, le troisième enfin, de MM. Engerland et Gérald, a trait à ce cas qui se présente trop fréquemment :

Voici une jeune femme, employée de magasin ou ouvrière d'un atelier, qui se trouve enceinte. Quand elle approche du terme de sa délivrance, elle est obligée de quitter son emploi (Quelquefois son patron la remercie). Elle fait ses couches; elle se représente au magasin ou à l'atelier.

Le patron refuse de la reprendre : « Votre place est prise, lui dit-il. Cherchez ailleurs ! »

Voilà une femme qui vient d'accomplir un devoir social au premier chef et comment la récompense-t-on ? En lui disant, au moment où elle a besoin de réconfortants, où elle s'est plus ou moins endettée, où elle a à supporter des charges nouvelles : « Allez où vous pourrez. Trouvez du pain si vous pouvez ! »

Eh bien ! cela est aussi injuste qu'inhumain. « Pour y remédier, dit M. Engerand dans son texte de loi, il faudrait empêcher la rupture du contrat de louage de service pendant les deux mois qui précèdent le terme présumé de la grossesse et pendant le mois qui suit l'accouchement. En d'autres termes, pendant cette période de trois mois, la femme sera considérée comme en congé et, à la fin de ses relevailles, le patron sera obligé de la reprendre dans son personnel. Pendant ces trois mois, nous avons l'intention d'aider pécuniairement la mère, en accroissant les subventions aux œuvres de mutualité et d'assistance mutuelle. Il y a des dépenses qu'on peut réduire et des ressources qu'on peut trouver ».

*N.-B.* — Notre président de thèse, lorsque nous avons soumis notre manuscrit à son approbation et à sa signature, nous fit observer que nous omettions de parler du récent projet de loi de M. le sénateur P. Strauss. En effet, le 22 mars 1907, M. Strauss a déposé un projet de loi sur la protection et l'assistance aux mères et aux nourrissons; dans son rapport, l'auteur expose longuement l'économie de cette loi, qui a pour objet de réduire la mortalité infantile résultant du surmenage de la mère qui travaille, en assurant à celle-ci un repos avant et après l'accouchement.

Après avoir passé en revue la législation des principaux pays d'Europe sur ce point spécial, M. Strauss conclut : « Nous avons

un double devoir à remplir : l'interdiction du travail de la mère pendant un temps déterminé, et l'indemnité compensatrice. J'espère que le Sénat, en raison du but humanitaire et patriotique poursuivi, voudra bien accepter notre proposition qui est très modérée ». Jean-Jacques Rousseau a écrit une phrase que je demande à répéter, car elle est plus que jamais d'actualité. Il faut à la femme, dit-il, « des ménagements durant sa grossesse, il lui faut du repos dans ses couches, il lui faut une vie molle et sédentaire pour allaiter ses enfants ».

Nous relevons dans cette loi les deux articles suivants proposés par M. Strauss :

Article 1<sup>er</sup>. — Les femmes enceintes travaillant dans les établissements visés à l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 12 juin 1893, modifié par la loi du 11 juillet 1903, ne peuvent être admises à continuer leur travail que si cette continuation est sans danger pour la mère et l'enfant. Les inspecteurs du travail peuvent toujours requérir à cet égard un certificat médical..... Ces mêmes femmes ne peuvent reprendre leur travail que quatre semaines après l'accouchement et en présentant un certificat médical constatant que cette reprise est sans danger. Les infractions aux dispositions de la présente loi sont constatées et punies dans les mêmes conditions que les infractions aux dispositions concernant le travail des femmes dans les manufactures.

Article 2. — Pendant cette période de repos, à défaut des ressources personnelles ou de l'aide qui pourra leur être donnée par des mutualités maternelles et toutes organisations analogues, les femmes enceintes et les femmes en couches seront assimilées aux malades, par application de l'article 1<sup>er</sup>, § 2, de la loi du 15 juillet 1903 et recevront une allocation de un franc par jour.

La dépense qui résulterait de cette allocation de un franc s'élèverait à 4.650.000 francs, d'après le rapporteur.

M. Caillaux, ministre des finances, a fait observer qu'il faudrait faire de la prestation de l'allocation non une obligation, mais une faculté, afin de ne point écraser les budgets des petites communes, mais de permettre à chaque petite commune d'agir dans la mesure de ses moyens.

La proposition tout entière a été renvoyée à la commission, et le Sénat étant en vacances, nous n'avons pas eu d'autres renseignements à ce sujet.

### Ce qu'on devrait faire pour la femme après l'accouchement.

En résumé, aussi bien au point de vue de la mère qu'à celui de l'enfant, il est indispensable que la femme se repose avant et après *l'accouchement*, et qu'elle puisse allaiter elle-même son enfant.

La législation est déjà intervenue, dans différents pays, pour assurer ce résultat : rien n'a été fait dans notre pays, quoique la question y ait été souvent et longtemps discutée.

Il nous semble que la France doit s'inspirer de l'exemple des autres nations, et que, profitant de leurs expériences, elle doit s'efforcer de faire mieux ; il serait en tous cas inconcevable qu'elle fit moins et continuât de rester ainsi en arrière.

Nous ne nous sommes donc trouvé en présence que des œuvres de l'assistance *publique*, et de l'initiative *privée*. Celle-ci a donné l'exemple la première, elle fait beaucoup, mais l'impossible ne lui est pas permis : « La charité, si développée soit-elle, ne peut panser toutes les blessures que crée cette déplorable organisation du travail » (Bonnevay). Quant à l'assistance publique, elle a une grande tâche à remplir, en province en particulier. « C'est de l'accord simultané de ces deux forces, c'est de la diversité de moyens d'action, c'est de leur accord mutuel que doit sortir l'œuvre de l'assistance maternelle » (Fillion-Roux).

Ce qu'il faut pour que la grave plaie de la misère soit radicalement guérie, ce sont des lois générales, égales pour tous les membres de la société sans exception, sans distinction d'état civil, de cultes, de classes, en un mot donnant les mêmes droits de sécurité et d'assistance à tous ceux qui participent au « mouvement gigantesque de la grande roue sociale ».

Par conséquent, le rôle de l'Etat domine tout : à lui d'encou-

rager et d'aider autant que possible les départements et les communes dans la création d'asiles-ouvriers et de maternités ; à lui d'inspecter par ses représentants les œuvres privées, mais à lui aussi de leur accorder en retour toute sa protection en diminuant leurs charges.

Aussi faisons-nous appel aux législateurs de notre pays, devant une question si importante pour la femme, son enfant et la population en général, en leur demandant, au nom de l'humanité, de veiller à la conservation et au perfectionnement de la race, de *sauver les enfants !*

Aussi nous sommes porté à donner les conclusions suivantes :

1° Toute femme mariée ou non, travaillant dans les usines, manufactures, ateliers, doit être éloignée de son travail pendant le mois qui précède son accouchement et les *deux mois qui le suivent* ;

2° Pendant ce temps de non admissibilité au travail industriel, une indemnité de trois francs par jour doit lui être allouée ;

3° Le secours sera accordé à toutes les ouvrières qui ont travaillé au moins pendant six mois sans interruption dans les établissements desdits fabricants ;

4° Les indemnités seront fournies par une caisse de maternité établie dans l'arrondissement et alimentée par un impôt sur les industriels de 100 francs par an et par femme employée à partir de l'âge de 18 ans jusqu'à 45 ans. L'Etat et le département seront chargés de compléter par moitié la somme nécessaire ;

5° Toute fabrique dans laquelle travaillent journellement plus de cinquante femmes, devra posséder une crèche installée dans les conditions hygiéniques déterminées par les règlements. La distance de la crèche à l'établissement sera de 300 mètres au plus.

6° Plusieurs usines pourront établir ou subventionner en commun une crèche pour les enfants des ouvrières de chacune d'elles, à condition toutefois que la crèche soit d'une capacité suffisante et distante de 300 mètres au plus de chacune des usines.

7° La mère pourra se rendre à la crèche pour allaiter son enfant aux heures et dans les conditions à déterminer par un règlement.

8° Un médecin nommé et rétribué par le département ou la commune, sera chargé de faire une visite de ces crèches, une fois par semaine, et de s'y rendre chaque fois que ses soins seront nécessaires.

9° Pour surveiller tout ce qui se rapporte aux présents règlements, il sera institué une commission composée d'inspecteurs nommés par le département ou la commune, qui devront remettre un rapport mensuel au préfet du département.

*Articles additionnels.* — Article 1. Dans le cas où l'enfant mourrait, les secours donnés ne pourront cesser avant trois semaines après les couches.

Article 2. Toute ouvrière recevant des secours sera dans l'obligation de cesser tout travail pendant le temps que ces secours lui seront accordés, afin de pouvoir donner à son enfant tous les soins nécessaires. Si cet engagement n'était pas rempli, les secours ne seraient plus délivrés du jour où il aurait cessé d'être observé.

---

## CONCLUSIONS

---

1° Le retrait de l'utérus après l'accouchement, la restauration de ses divers éléments, la régénération de ses fonctions, son involution en un mot, se fait lentement et n'est terminée que du soixantième au soixante-dixième jour ;

2° Au bout du douzième jour, dit-on, l'utérus peut être rentré dans l'excavation. Quant à nous, nous n'avons point observé ce fait chez les accouchées du service de M. le professeur Lefour, accouchées qui, *malgré l'avis du chef de service*, quittaient la salle du dixième au onzième jour ;

3° Les opinions classiques montrent, par les mensurations intra-utérines faites par leurs auteurs le douzième jour, le quatorzième et même le dix-septième, que l'utérus est encore gros à ce moment-là, que les diamètres de sa cavité ne sont point encore revenus à la normale ;

4° Si pendant cet état d'hypertrophie utérine physiologique l'organe est soumis prématurément aux fatigues corporelles exagérées, à la reprise précoce des rapports sexuels, etc., le mouvement d'involution rétrograde qui devait s'accomplir se trouve entravé et constitue l'état morbide appelé sub-involution. Par sa persistance, la sub-involution *peut donner et donne* lieu à de la métrite chronique, à du prolapsus utérin, et à tous ces états pathologiques que l'on désigne sous la dénomination vague d'inflammations péri-utérines ;

5° Pour échapper à toutes les influences pathologiques qui la menacent, la nouvelle accouchée doit garder le lit pendant un

temps assez long et ne reprendre, tout en observant une hygiène intime rigoureuse, les occupations fatigantes et la vie conjugale qu'un certain temps après son lever.

6° Toutes les opinions qu'on a exprimées en voulant proclamer la doctrine du lever précoce se détruisent bien vite par les nombreuses observations des dangers qu'elle fait courir. Kuestner lui-même, le grand promoteur de cette doctrine, conclut dans sa communication que, bien que le lever précoce des accouchées favorise l'involution et ne paraisse point pouvoir devenir une cause de sub-involution, comme ce lever a provoqué chez certaines femmes de la fièvre, *il faut s'en tenir aux anciens préceptes* et laisser les accouchées au lit au moins un septenaire.

7° Pour nous, nous disons avec nos maîtres de la Faculté de médecine de Bordeaux : La femme accouchée ne devrait se lever que lorsque l'utérus est redevenu organe pelvien, c'est-à-dire après dix-huit ou vingt-cinq jours.

8° Au point de vue social, la société doit assurer de son aide la femme ouvrière pendant une durée de trois mois : un mois avant ses couches, deux mois après.

9° Les secours pécuniaires consistant en 3 francs par jour pendant ces trois mois seront retirés par l'Etat d'un impôt perçu sur les patrons des établissements industriels, impôt qui sera de 100 francs par an et par femme employée.

10° Les œuvres privées, inspectées par l'Etat, devront être l'objet de toute sa protection.

VU BON A IMPRIMER :  
Le Président de la thèse,  
D<sup>r</sup> R. LEFOUR.

Vu : le Doyen,  
A. PITRES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
Bordeaux, le 17 avril 1907.  
Le Recteur de l'Académie,  
R. THAMIN.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- ARMAND. — Nouvelles observations sur la pratique des accouchements, 1713.
- ARAN. — Traité des métrites.  
— Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, p. 553.
- ARON. — Etude clinique sur le retrait de l'utérus dans le cas de manœuvres obstétricales. Thèse de Paris, 1883.
- AUTEFAGE. — Etude clinique sur le retrait de l'utérus après l'accouchement. Thèse de Paris, 1869.
- AUVARD. — Travaux d'obstétrique, 1888, 2 vol.  
— Traité pratique des accouchements, 4<sup>e</sup> édit., 1898.
- AVRARD. — De l'involution incomplète de l'utérus après la grossesse et de ses conséquences. Thèse de Paris, 1880.
- BARBARIN. — Hygiène de la nouvelle accouchée. Thèse Paris, 1883.
- BARBIET. — Art des accouchements, 1766.
- BARNES (Robert). — Traité clinique des maladies des femmes, 1875, trad. par M. Cardes.
- BAUDELOCQUE. — Traité d'accouchement, etc., 1813.
- BOIVIN et DUGUEZ. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1833.
- BOUCHACOURT. — Recherches de physiologie pathologique concernant l'état puerpéral. *Bull. et Mém. Soc. méd. de Lyon*, p. 391, 1837.  
— Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. XXI, art. *Couches*.  
— La grossesse, étude sur la variété, etc., 1901.
- BOULARD. — Quelques mots sur l'utérus. Thèse de Paris, 1853

- BRAXTON-HICKS. — Cavité utérine après l'accouchement. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1883, t. II, p. 316.
- BUDIN et CROUZAT. — La pratique des accouchements, 2<sup>e</sup> édit., 1888.
- BUDIN et DEMELIN. — Traité d'accouchement et d'allaitement, 1904.
- BURLUREAU. — Pour nos filles quand leurs mères jugeront ces conseils nécessaires. Paris, 1903.
- CALVET. — Contribution à l'histoire des suites de couches normales et pathologiques. Thèse de Paris, 1875.
- CAZEAX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 10<sup>e</sup> édit., 1877.
- CHAILLY. — Traité pratique de l'art des accouchements, 5<sup>e</sup> édit., p. 398, 1867.
- CHARPENTIER. — Traité d'accouchement, 1888, t. I, p. 553.
- CHENET. — De l'involution utérine et de l'engorgement utérin. Thèse de Paris, 1877.
- CHOMEL. — Article *Métrite post-puerpérale* in Dictionnaire en 30 vol.  
— De la métrite *post-partum*, ses causes. *Union médicale*. Paris, 1847.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1872, p. 654, 1<sup>re</sup> édit.
- DALLE. — Du régime des femmes en couches. Thèse de Paris, 1808.
- DELEUZE. — Art des accouchements.
- DEPAUL. — Leçons cliniques, p. 760, 1876.
- DESPLATS. — Est-il bon que la femme soit condamnée à un repos sévère après l'accouchement? *Journal de la Société médicale de Lille*, 1899, t. I, p. 73, 81.
- DICTIONNAIRE de Dechambre, 1886, t. VII.
- DIONIS. — Traité général des accouchements, 1718.
- DOLÉRIS. — Métrites et fausses métrites, 1902.
- DUBOIS (A.). — De la rétroflexion dans ses rapports avec l'arrêt de l'involution de l'utérus après l'accouchement. Thèse de Paris, 1881.
- DUFOT. — Sur l'art des accouchements (de Soissons), 1775.
- DUVAL (Eugène). — Remarques cliniques sur 22 cas de régression incomplète de l'utérus, traités par les injections d'eau chaude prolongées. Thèse de Paris, 1888.

DROUINEAU. — *Revue philanthropique* du 10 mai 1894.

EMMET. — La pratique des maladies des femmes, trad. franç., 1887, p. 476.

FAUQUEZ. — De la métrite chronique dans ses rapports avec l'arrêt d'involution de l'utérus après l'accouchement et l'avortement. Thèse de Paris, 1879.

FILLION-ROUX. — La maternité devant la société. Thèse Bordeaux, 1906.

GANZINOTTY. — Etude de l'involution utérine dans les premiers jours de couches normales, application de la méthode graphique, recherches cliniques sur les rapports qui existent entre la fièvre et l'arrêt de l'involution. Thèse de Nancy, 1882.

GARIPUY. — Du retrait de l'utérus après l'accouchement. *Revue médicale de Toulouse*, 1875, t. IX, p. 228, 266, 301; 1876, t. III.

GIGLIO (G.). — L'invulzione dell'utero e il precoce abbandono del letto del puerperio osservazioni cliniche sulle donne povere assistite nella condotta medica di Palermo, arte *Ostetr.* Milano, 1901, t. XV, p. 152-155; 129-136.

GILLES DE LA TOURETTE. — Art des accouchements. Angers, 1787.

GIRAUD (J.). — La femme enceinte et la fille-mère. Thèse de Bordeaux, 1904-1905.

GUÉRIN (Jules). — Discussion sur la fièvre puerpérale à l'Académie de médecine. *Gaz. méd. de Paris*, 1858, p. 359 et *passim*.

GUYON. — Etude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité. Thèse de Paris, 1858.

HERVIEUX. — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches, 1870.

HUCHON. — Contribution à l'étude des atrésies vaginales et de leur rapport avec la grossesse. Paris, 1901, thèse.

JACQUEMIER. — Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées, 1846, p. 588.

KUESTNER. — Zeitsch. für Geburtsch. und Gyn., t. XVII, n° 23. *Anal. de l'Abeille médicale*, 17 décembre 1898.

LA CHAPELLE (M<sup>me</sup>). — Pratique des accouchements, 1821.

MARTIN (Auguste). — Maladies des femmes.

MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles

qui sont accouchées, 6<sup>e</sup> édition, 1721. Observation sur la grossesse.

MAYGRIER. — Nouvelles méthodes pour la manœuvre des accouchements, 1802.

MILSOM. — Contributions cliniques à l'étude de l'involution utérine. Thèse, Lyon, 1881.

MISSA. — Sur les suites de couches. Thèse de Paris, 1821.

MORACHE. — Grossesse et accouchement, F. Alcan, 1900.

MONOD (H.). — L'hygiène publique, 1897.

NAEGELE. — Traité pratique des accouchements, trad. de M. Aubanas, 1869, Manuel d'accouchement par Schlesinger annoté par Jacquemier. Paris, 1858, p. 203.

PALLIN. — *Revue des maladies des femmes*, 1886.

POIRIER. — Traité d'anatomie, t. V, fasc. 1.

PORTAL. — La pratique des accouchements, 1782.

POULAT. — Etude critique et bibliographique sur quelques-uns des traitements de la sub-involution utérine. Thèse, Paris, 1894.

POZZI. — Traité de gynécologie.

PINARD (Adolphe). — Clinique obstétricale.

PICHEVIN. — Après les couches normales. *Semaine gynécologique*, 18 septembre 1906.

RAYMOND. — De la puerpéralité, 1880. Thèse Paris.

REGNAULT (Félix). — Quand doit se lever l'accouchée ? *Correspondant médical*, 30 septembre 1898, p. 12.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, p. 542.

RIBEMONT-DESSAIGNES. — Introduction du manuel du Dr Winckler sur la pathol. et la therap. des suites de couches. *Ann. de gynec.* Paris, 1883.

RICHELOT. — Rétro-déviation utérines. *La gynécologie*, juin 1906, p. 198.

SCANZONI. — De la métrite chronique, trad. de Siffermann, 1856.

SILVIE. — Contribution à l'étude de la régression utérine. Thèse de Paris, 1898.

SIREDEY. — Les maladies puerpérales, 1884, p. 57.

SIREDEY et DANLOS. — Dict. de Jaccoud, t. XXXVII, art. *Utérus*.

SNOW-BECK. — Anat. Path. London, *Obst. Trans.*, 1851, 13.

- SUÉ. — Essais historiques, littéraires et critiques sur l'art des accouchements. Paris, 1779.
- SARRAUTE-LOURIE (Dr M<sup>me</sup>). — De l'influence du repos sur la durée de la gestation. Thèse Paris, 1898-1899.
- STRAUSS. — Dépopulation et puériculture. Fasquelle, édit. 1901.
- L'enfance malheureuse. Fasquelle, édit. 1900.
- *Revue encyclopédique Larousse*, n° 179, du 6 février 1897.
- THÉVENOT. — De la rétroflexion de l'utérus chez les femmes récemment accouchées. Thèse Paris.
- THIROUX. — Protection légale des femmes enceintes et accouchées de la classe ouvrière. Thèse Paris, 1899-1900.
- VITOUX. — Le droit d'être mère. *Presse médicale*, oct. 1902.
- WEST. — Leçons sur les maladies des femmes, trad. Mauriac, 1870.
- WIELAND. — Etude sur l'évolution de l'utérus pendant la grossesse et sur le retour de cet organe à l'état normal après l'accouchement. Thèse Paris, 1858.





